Ovidiu D. Bîcă (coordonator)
Alexandru P. Simion
Mona Akad
Vlad I. Veringă

1500 de GRILE utile pentru REZIDENŢIAT 2016

Coordonator specialităţi medicale: Prof. Univ. Dr. Adrian Covic

Coordonator specialităţi chirurgicale: Prof. Univ. Dr. Viorel Scripcariu

Editura „Gr. T. Popa" U.M.F. Iaşi

2016

CUPRINS

Pagina

CAPITOLUL I ..... 1.

1. PNEUMOLOGIE ..... 1.
2. CARDIOLOGIE ..... 28.
3. GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE ..... 67.
4. DIABET ZAHARAT ..... 86.
5. HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE ..... 92.
6. ENDOCRINOLOGIE ..... 111.
7. BOLI INFECȚIOASE ..... 119.
8. NEFROLOGIE ..... 124.
9. PEDIATRIE ..... 152.
10. NEUROLOGIE ..... 172.
11. REUMATOLOGIE ..... 182.
12. CHIRURGIE GENERALĂ ..... 197.
13. UROLOGIE ..... 237.
14. ORTOPEDIE ..... 241.
15. OBSTETRICĂ ..... 248.

CAPITOLUL II ..... 257.

1. METODOLOGIE DE CALCUL ..... 257.
2. VARIANTĂ SIMULARE REZIDENȚIAT ..... 258.

CAPITOLUL III ..... 294.

1. RĂSPUNSURI ..... 294.
2. BIBLIOGRAFIE ..... 317.

I. PNEUMOLOGIE

Complement simplu:

1. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la disfuncţia obstructivă cronică ireversibilă din cadrul BPOC este FALSĂ:** (2)
   A. Se poate întâlni şi în sarcoidoză
   B. Este patognomonică pentru BPOC
   C. Se poate întâlni şi în fibroza chistică
   D. Se poate întâlni şi în bronhiolitele obliterante (postvirale sau post-transplant pulmonar)
   E. Se întâlneşte şi în alte boli obstructive cronice ireversibile

2. **Care din următoarele afirmaţii este ADEVĂRATĂ cu privire la emfizemul panlobular:** (6)
   A. Este tipul cel mai prevalent întâlnit în emfizem
   B. Leziunile caracteristice emfizematoase se regăsesc în zona centrală acinară fiind legate de bronhiolele respiratorii şi de canalele alveolare
   C. Afectează global întreaga arie acinară cu dilataţii ample de tip bulos ce interesează cu predilecţie lobii inferiori
   D. Afectează global întreaga arie acinară cu dilataţii ample de tip bulos ce interesează cu predilecţie lobii superiori
   E. Dilatarea structurilor acinare determină apariţia de mici bule centroacinare

3. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la semnele fizice de severitate în BPOC este ADEVĂRATĂ:** (10)
   A. Flapping tremor este semn de encefalopatie hipocapnică
   B. Frecvenţa respiratorie sub 25/min
   C. Alură ventriculară sub 110/minut
   D. Depresie paradoxală a abdomenului în inspir
   E. Conştienţa păstrată

4. **Semnul Hoover se caracterizează prin:** (10)
   A. Hipersonoritate pulmonară difuză şi diminuarea excursiilor hemidiafragmelor
   B. Hipersonoritate pulmonară difuză cu excursiile hemidafragmelor normale
   C. În inspir, partea superioară a toracelui are o mişcare înainte şi inferior
   D. În inspir, partea superioară a toracelui are o mişcare înainte şi superior, cu o creştere a diametrului transversal
   E. În inspir, partea superioară a toracelui are o mişcare înainte şi superior, cu o scădere a diametrului transversal

5. **În BPOC diagnosticul diferenţial se face în mod special cu următoarele, CU EXCEPŢIA:** (11)
   A. Astmul bronşic
   B. Mucoviscidoza
   C. Bronşiectaziile
   D. Sindromul posttuberculos

E. Fibroza pulmonară

6. **În clasificarea GOLD a BPOC, grupul C se caracterizează prin:** (14)
   A. Risc crescut, simptome semnificative, stadiul III sau IV de obstrucţie după VEMS si/sau≥2 exacerbări pe an: CAT≥ 10 sau MMRC 0 sau 1
   B. Risc scăzut, simptome reduse, stadiul III sau IV de obstrucţie după VEMS si/sau ≥2 exacerbări pe an: CAT <10 sau MMRC 0 sau 1
   C. Risc crescut, simptome reduse, stadiul II sau III de obstrucţie după VEMS si <2 exacerbări pe an: CAT <10 sau MMRC 0 sau 1
   D. Risc crescut, simptome reduse, stadiul III sau IV de obstrucţie după VEMS si/sau ≥2 exacerbări pe an: CAT>10 sau MMRC 0 sau 1
   E. Risc crescut, simptome reduse, stadiul III sau IV de obstrucţie după VEMS si/sau ≥2 exacerbări pe an: CAT <10 sau MMRC 0 sau 1

7. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea de tiotropium în BPOC este ADEVĂRATĂ:** (17)
   A. Acţionează prin blocarea receptorilor muscarinici de la nivelul terminaţiilor nervoase simpatice colinergice din bronhii
   B. Trebuie administrat la intervale fixe la 6 sau la 8 ore
   C. Este un anticolinergic inhalator cu durată scurtă de acţiune
   D. Se administrează în doză unică zilnică şi are efecte adverse neglijabile
   E. Poate duce le efecte secundare de tipul: insomnii şi tremorul extremităţilor

8. **În tratamentul BPOC de grup B, prima opţiune terapeutică este:** (19)
   A. Anticolinergice cu durată scurtă de acţiune
   B. Betamimetice cu durată scurtă de acţiune
   C. Corticosteroizi inhalatori în asociere cu betamimetice cu durată lungă de acţiune
   D. Anticolinergice cu durată lungă de acţiune sau betamimetice cu durată lungă de acţiune
   E. Teofilina

9. **Etiologia probabilă a pneumoniei comunitare raportată la vârstă este:** (26)
   A. La adolescent şi adultul tânăr germenul cel mai adesea incriminat este *Haemophilus influenzae*
   B. La vârstnic germenul cel mai adesea incriminat este *Staphylococcus aureus*
   C. La copilul mai mic de 6 ani germenul cel mai adesea incriminat este *Mycoplasma pneumoniae*
   D. La adultul peste 40 ani germenul cel mai adesea incriminat este *Staphylococcus aureus*
   E. La copilul mai mare de 6 ani germenul cel mai adesea incriminat este *Streptococcus pneumoniae*

10. **Pneumoniile comunitare se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (25)
   A. Apar la un pacient spitalizat pentru o altă patologie, la 72 h dupa internare
   B. Debutează în primele 48 ore după momentul spitalizării

C. Sunt dobîndite în afara spitalului
D. Apar la persoane care nu au fost spitalizate cu 14 zile înainte de debutul pneumoniei
E. Etiologia probabilă a pneumoniilor comunitare se raportează la vârsta pacientului

11. **Care din următoarele aparţin apărării celulare în pneumonii:** (26)
A. Opsoninele
B. Antioxidanţii
C. Surfactantul
D. Macrofage alveolare
E. Complementul

12. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la caracterele morfologice ale germenilor la examenul microscopic al sputei NU sunt adevărate:** (28)
A. *Klebsiella* apare ca un bacil gram negativ
B. Cocobacilii Gram negativi mici şi pleomorfi sugerează *Haemophilus influenzae*
C. Diplococii Gram pozitivi în lanţetă încapsulaţi sunt sugestivi pentru *Streptococcus pneumoniae*
D. Coci gram pozitivi în grămezi sugerează *Staphylococcus aureus*
E. Flora mixtă este alcătuită de obicei din coci gram negativi şi bacili gram pozitivi

13. **Care din următoarele fenotipuri de astm NU sunt descrise în Ghidul GINA 2015:** (38)
A. Astmul asociat cu obezitatea
B. Astmul cu limitare fixă a fluxului de aer
C. Astmul non-alergic
D. Astmul necontrolat
E. Astmul alergic

14. **Care din următorii mediatori NU se regăsește în categoria mediatorilor preformați în astmul bronșic:** (39)
A. Bradikinina
B. Histamina
C. Tromboxani
D. Triptaza
E. Carboxipeptidaza

15. **În astmul bronşic, diagnosticul diferenţial se va face în primul rând cu:** (44)
A. Disfuncţia de coardă vocală
B. Obstrucţia de căi aeriene mari prin corpi străini
C. Bronopneumopatia obstructivă cronică
D. Refuxul gastroesofagian
E. Rinita alergică

16. **Astmul bronşic de treaptă 2 se caracterizează prin:** (43)
    A. VEMS sau PEF 60-80%, variabilitate PEF >30%
    B. VEMS sau PEF ≥80%, variabilitatea PEF<20%
    C. VEMS sau PEF <60%, variabilitatea PEF>30%
    D. VEMS sau PEF ≥80%, variabilitatea PEF 20-30%
    E. VEMS sau PEF <60%, variabilitatea PEF<20%

17. **Care din următoarele NU reprezintă o tumoră epitelială malignă:** (51)
    A. Adenocarcinomul
    B. Adenomul
    C. Carcinomul cu celule mari
    D. Carcinomul adenoscuamos
    E. Carcinomul scuamos

18. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la adenocarcinom este ADEVĂRATĂ:** (50)
    A. Este dificil de diferenţiat de metastazele pulmonare ale altor adenocarcinoame
    B. Are localizare de obicei centrală
    C. Apare mai frecvent la bărbaţi
    D. Se însoţeşte de o diseminare extra-toracică lentă
    E. Face parte din categoria carcinoamelor cu celule mici

19. **Care din următoarele afirmaţii NU caracterizează cancerul bronhopulmonar:** (53)
    A. Dispneea se agravează
    B. Apare o tuse adesea rezistentă la tratament
    C. Prezenţa de imagini cavitare cu perete subţire la examenul radiologic
    D. Infecţii respiratorii repetate în acelaşi teritoriu
    E. Schimbarea cantităţii/calităţii expectoraţiei

20. **În cancerul bronhopulmonar, extinderea metastatică se manifestă prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (53)
    A. Extindere cutanată cu prezenţa nodulilor subcutanaţi
    B. Prezenţa semnelor de iritaţie corticală însoţite de convulsii în metastazele cerebrale
    C. Leziunile osoase sunt de obicei de tipul osteosclerozei
    D. Metastaze hepatice cu prezenţa unei hepatomegalii nodulare
    E. Prezenţa hipertensiunii intracraniene în metastazele cerebrale

21. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea biopsiei percutane ghidate în suspiciunea de cancer bronhopulmonar este ADEVĂRATĂ:** (54)
    A. Este utilă în tumorile pulmonare centrale
    B. Este utilă în tumorile cu diametru minim de 4 cm, situate la mai puţin de 10 cm de planul cutanat
    C. Este utilă pentru tumorile cu diametru minim de 2 cm, situate la mai puţin de 15 cm de planul cutanat

D. Este utilă pentru tumorile cu diametru minim de 1 cm, situate la mai puţin de 10 cm de planul cutanat
E. Este utilă în tumorile pulmonare periferice

22. **Realizarea unui PET-CT care utilizează ca şi trasor radioactiv 18-F-Deoxiglucoza are următoarele caracteristici în cancerul bronhopulmonar, CU EXCEPŢIA:** (56)
A. Leziunile investigate trebuie să aibă dimensiuni mai mari de 8 mm
B. Permite evaluarea activităţii metabolice
C. Este utilizată în special pentru evaluarea nodulilor pulmonari
D. Poate să confirme caracterul neoplazic al leziunilor investigate
E. Precizează extensia în cazul ganglionilor mediastinali

23. **Care din următoarele citostatice sunt indicate în tratamentul carcinomului microcelular:** (63)
A. Paclitaxel în asociere cu vincristina
B. Pemetrexed în asociere in cisplatinul
C. Gemcitabina
D. Etopozidul în asociere cu cisplatinul
E. Combinaţia de vinorelbină, doxorubicină şi ciclofosfamidă

24. **Care din următoarele citostatice este un drog înalt emetogen:** (63)
A. Docetaxel
B. Paclitaxel
C. Topotecan
D. Vinorelbina
E. Cisplatinul

25. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la micobacterii este FALSĂ:** (74)
A. Sunt bacilli Gram +
B. Sunt bacterii aerobe
C. Sunt bacterii mobile
D. Au multiplicare lentă la 24 ore
E. Sunt nesporulate

26. **Cel mai important mijloc de profilaxie anti TB este:** (74)
A. Spălarea pe mâini cu apă şi săpun
B. Utilizarea substanţelor antiseptice
C. Ventilaţia eficientă a încăperilor
D. Chimioterapia antiTB
E. Igienizarea corectă a încăperilor

27. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la granulomul TB NU este adevărată:** (75)
A. Conţine la interior o zonă de necroză cazeoasă cu PH acid
B. Conţine un strat de fibroblaste la exterior
C. Conţine un strat de macrofage epiteloide activate

D. La pacienţii HIV pozitivi are loc o proliferare puternică a limfocitelor şi a macrofagelor alveolare cu formare de granuloame
E. Evoluţia favorabilă duce la distrugerea majorităţii germenilor şi fibrozare

28. **Care din următoarele antituberculoase este bacteriostatic:** (84)
A. Pirazinamida
B. Izoniazida
C. Rifampicina
D. Streptomicina
E. Etambutolul

29. **Care din afirmaţiile privind tratamentul antiTB la pacienţii cu afecţiuni hepatice asociate este ADEVĂRATĂ:** (84)
A. Izoniazida, rifampicina şi streptomicina au efecte hepatotoxice
B. Dacă la un pacient asimptomatic, cu afecţiuni hepatice întâlnim TGO,TGP ≥3 ori valoarea normală, tratamentul se întrerupe
C. Tratamentul include administrarea de izoniazidă, rifampicină, streptomicină şi etambutol
D. Tratamentul se prelungeşte 7 luni la pacienţii cu afecţiuni hepatice
E. Tratamentul include administrarea de izoniazidă, rifampicină, streptomicină şi pirazinamidă

30. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la riscul de tromembolism în sarcină este ADEVĂRATĂ:** (89)
A. Există un risc crescut în primele 24 de săptămâni postpartum
B. Riscul cel mai mare este în al doilea trimestru
C. Riscul cel mai mare este în primul trimestru
D. Riscul de tromembolism pulmonar este de 60 de ori mai mare în primele 6 luni după naştere comparativ cu femeile care nu sunt gravide
E. Există un risc crescut în primele 6 săptămâni postpartum

31. **Care din următorii reprezintă un factor de risc moderat (OR:2-9) în trombembolismul venos:** (89)
A. Fracturi ale membrelor inferioare
B. Protezare de şold sau genunchi
C. Infarct miocardic în ultimele 3 luni
D. Contraceptivele orale
E. Traume majore

32. **Trombofiliile asociate cu trombembolismul pulmonar sunt, CU EXCEPŢIA:** (90)
A. Deficitul de proteină C
B. Anomalii ale plasminogenului
C. Excesul de proteină S
D. Mutaţia genei protrombinei
E. Prezenţa factorului V Leiden

33. **În trombembolismul pulmonar la evaluarea radiografică putem întâlni următoarele, CU EXCEPŢIA:** (93)
A. Pneumotorax închis
B. Întreruperea bruscă a vascularizaţiei pulmonare cu hipoperfuzie distală
C. Opacitate în periferie cu vârful rotunjit şi baza la pleură
D. Cardiomegalie
E. Revărsate pleurale

34. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la administrarea de heparină nefracţionată în trombembolismul pulmonar este ADEVĂRATĂ :** (99)
A. Se poate administra la pacienţii cu un clearence al creatininei<30ml/min
B. În caz de supradozaj antidotul este plasma proaspăt congelată
C. Nu necesită ajustarea dozei în funcţie de aPTT
D. Nu se administrează la pacienţii cu obezitate
E. Are risc scăzut de reacţii adverse hemoragice

35. **Care din următoarele medicamente este indicat la pacienţii cu neoplasm si trombembolism pulmonar:** (99)
A. Fondaparinux
B. Rivaroxaban
C. Nadroparina
D. Dalteparina
E. Edoxaban

Complement multiplu:

36. **În BPOC emfizemul se caracterizează prin următoarele:** (1)
A. Septuri alveolare normale
B. Mărire anormală şi persistentă a teritoriilor aeriene distal bronhiolelor terminale
C. Mărire anormală şi temporară a teritoriilor aeriene distal bronhiolelor terminale
D. Nu prezintă o fibroză evidentă
E. Septuri alveolare distruse

37. **Care dintre următoarele NU reprezintă modificări morfopatologice ale căilor aeriene mari:** (5)
A. Înlocuirea epiteliului monostratificat ciliat cu un epiteliu pluristratificat de metaplazie malpighiană
B. Subţierea peretelui bronşic
C. Hiperplazie şi hipertrofie a glandelor submucoase
D. Hipertrofia moderată a musculaturii netede bronşice
E. Atrofia inelelor cartilaginoase traheobronşice

38. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la funcţia respiratorie sunt ADEVĂRATE:** (3)
A. Se menţine constantă pe parcursul vieţii
B. Se estimează cu ajutorul VEMS
C. Scăderea anuală a VEMS este de ordinul 15-30 ml/an
D. Factorii de risc nu pot acţiona asupra funcţiei respiratorii înainte de naştere

E. Scăderea normală anuală a VEMS este mai mare de 40 ml/an

39. **Pletismografia corporeală NU se caracterizează prin:**(13)
A. Se mai numeşte şi metoda de diluţie a heliului
B. Este o evaluare ce urmăreşte difuziunea monoxidului de carbon
C. Poate măsura volumul rezidual (VR)
D. Se practică sub formă de pneumotahogramă
E. Poate măsură capacitatea pulmonară totală (CPT)

40. **În cazul pacienţilor cu BPOC obstrucţia cronică se caracterizează prin:** (21)
A. Bronhiile se închid precoce în cursul inspirului
B. Apare hiperinflaţie distală
C. În formele uşoare de BPOC apare o alterare a funcţiei musculaturii respiratorii
D. În exacerbările BPOC scade travaliul muscular respirator
E. Apare hipoxemia severă ce contribuie la dezechilibrul ventilație/perfuzie cu apariția de spațiu mort perfuzat

41. **Profilaxia secundară în BPOC include următoarele măsuri:** (15)
A. Antibioticoterapia corect administrată cu ocazia episoadelor de exacerbare
B. Sevrajul fumatului
C. Vacinarea antipneumococică
D. Evitarea expunerii profesionale
E. Vaccinarea antigripală anuală

42. **Următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea roflumilastului în BPOC sunt ADEVĂRATE:** (18)
A. Întotdeauna se asociază unui bronhodilatator cu durată scurtă de acţiune
B. Întotdeauna se asociază unui bronhodilatator cu durată lungă de acţiune
C. Inhibă degradarea intracelulară a AMPc
D. Se administrează în doză unică zilnică
E. Aparţine clasei inhibitorilor de fosfodiesterază 4

43. **În BPOC de grup A tratamentul de primă intenţie include:** (19)
A. Anticolinergice cu durată lungă de acţiune
B. Betamimetice cu durată lungă de acţiune
C. Betamimetice cu durată scurtă de acţiune
D. Anticolinergice cu durată scurtă de acţiune
E. Corticosteroizi inhalatori şi betamimetice cu durată lungă de acţiune

44. **Care dintre următoarele NU sunt betamimetice cu durată scurtă de acţiune:** (16)
A. Terbutalina
B. Indacaterol
C. Salmeterol
D. Fenoterol
E. Salbutamol

45. **BPOC de grup B NU se caracterizează prin:** (14)
   A. Risc scăzut, simptome reduse, stadiul I sau II de obstrucție după VEMS și/sau 0-1 exacerbări pe an, CAT <10 sau MMRC 0 sau 1
   B. Risc crescut, simptome semnificative, stadiul I sau II de obstrucție dupa VEMS și/sau 2 sau mai multe exacerbări pe an, CAT<10 sau MMRC 0 sau 1
   C. Risc scăzut, simptome semnificative, stadiul I sau II de obstrucție după VEMS și/sau 0-1 exacerbări pe an, CAT ≥10 sau MMRC ≥2
   D. Risc scăzut, simptome semnificative, stadiul I sau II de obstrucție după VEMS și/sau 0-1 exacerbări pe an, CAT≥10 sau MMRC 0 sau 1
   E. Risc scăzut, simptome semnificative, stadiul I sau II de obstrucție după VEMS și/sau 0-1 exacerbări pe an, CAT<10 sau MMRC≥2

46. **Utilizarea de betamimetice cu durată lungă de acțiune (BADLA) în BPOC se caracterizează prin:** (17)
   A. Se administrează la nevoie, ori de câte ori pacientul simte dispneea agravată
   B. Pot fi administrate sub formă de nebulizare în decurs de 15 minute în cazurile de insuficiență respiratorie acută
   C. Indacaterolul se administrează în doză unică zilnică având un efect bronhodilatator superior
   D. Efectul fomoterolului se instalează rapid (3-5 min) putând fi administrat în locul betamimeticelor cu durată scurtă de acțiune
   E. Ipratropium se recomandă a fi luat în doză unică

47. **Care dintre următorii germeni sunt frecvent implicați în exacerbările BPOC:** (21)
   A. *Haemophilus influenzae*
   B. *Staphylococcus aureus*
   C. *Branhamella*
   D. *Klebsiella pneumoniae*
   E. *Chlamydia*

48. **Care dintre următoarele afirmații cu privire la oxigenoterapia și ventilația noninvazivă în BPOC sunt FALSE:** (19)
   A. Indicația de oxigenoterapie se stabilește în perioada de stabilitate atunci când sub tratament corespunzător PaO_2 este mai mare de 55 mmHg
   B. Oxigenoterapia este indicată și în cazurile cu Pa O_2 între 56-60 mmHg dacă pacientul asociază poliglobulie sau cord pulmonar cronic
   C. Calea de administrare este canula nazală la un debit de 2-3 litri/minut
   D. Durata de utilizare a oxigenoterapiei trebuie să fie de minim 10 ore
   E. Cefaleea matinală este semnul unei hipocapnii semnificative

49. **La examenul CT, emfizemul centrolobular este caracterizat de următoarele, CU EXCEPȚIA:** (12)
   A. Distrucție omogenă a parenchimului pulmonar
   B. Aspect omogen de zone hiperclare
   C. Zonele hiperclare nu au o delimitare evidentă
   D. Aspect neomogen de zone hiperclare, avasculare

E. Zonele de hiperclaritate au o delimitare evidentă

50. **Prognosticul de supravieţuire al unui pacient cu BPOC este de:** (13)
A. 75 % la 5 ani pentru un pacient cu vârstă sub 60 ani şi VEMS >50%
B. 60% la 5 ani pentru un pacient cu vârstă mai mare de 60 de ani şi VEMS <50%
C. 90% la 5 ani pentru un pacient cu vârstă sub 60 de ani şi VEMS >50%
D. 30% la 1 an pentru un pacient cu VEMS <750 ml
E. 40% la 10 ani pentru un pacient cu VEMS <750ml

51. **Următoarele afirmaţii cu privire la investigaţiile hemodinamice pulmonare la un pacient cu BPOC sunt ADEVĂRATE:** (13)
A. Sunt obligatorii pentru toţi pacienţii ce suferă de BPOC
B. Sunt indicate dacă se suspectează cord pulmonar cronic
C. Sunt indicate dacă se suspectează hipertensiunea pulmonară
D. Ecocardiografia este o procedură de rutină în cazul acestor pacienţi
E. Intervenţiile toracice de tipul chirurgiei de rezecţie a bulelor de emfizem nu necesită investigaţii hemodinamice pulmonare în prealabil

52. **Emfizemul pulmonar secundar deficitului genetic de alfa-1-antitripsină se caracterizează prin:** (4)
A. Este de tip centrolobular şi apare la indivizii peste 40 de ani
B. Apare la indivizii cu alele heterozigote sau homozigote asociate cu deficit de sinteză de alfa-1-antitripsină
C. Scăderea particulară a VEMS va fi de 15-30 ml/an
D. Scăderea VEMS la un pacient fumător poate ajunge la 150ml/an
E. Emfizemul pulmonar se datorează acţiunii enzimelor proteolitice în absenţa antiproteazelor

53. **Următoarele afirmaţii cu privire la leziunile căilor aeriene mici în BPOC NU sunt adevărate:** (5)
A. Sunt sediul leziunilor caracteristice ale BPOC
B. Leziunile indică o bronhiolită rapid evolutivă
C. Modificările sunt reprezentate de înlocuirea epiteliului pluristratificat ciliat cu un epiteliu monostratificat de metaplazie malpighiană
D. Modificările epiteliale sunt asociate cu o hiperplazie a celulelor caliciforme
E. Limfocitele de tip CD 8 activate nu fac parte din infiltratul inflamator specific căilor mici aeriene

54. **În BPOC matricea extrecelulară poate fi afectată de:** (7)
A. Activitatea normală a β-1-anticolagenaza
B. Prezenţa de alfa-1-antitripsină
C. Scăderea proporţiei de fibre de elastină şi producţia excesivă de fibre de colagen
D. Dezechilibrul dintre proteaze si antiproteaze ce favorizează evoluţia leziunilor specifice de emfizem
E. Dezechilibrul dintre oxidanţi şi antioxidanţii produşi la nivelul peretelui bronşic

55. **În cazul unui pacient cu BPOC, nefumător, în vârstă de 25 de ani se vor efectua cu predilecție următoarele investigații:** (15)
A. Fibrobronhoscopia
B. Un test al sudorii
C. RMN
D. Tomografie computerizată
E. Dozarea alfa-1-antitripsină

56. **Utilizarea terapiei cu corticosteroizi inhalatori (CSI) în BPOC se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPȚIA:** (18)
A. Corticoterapia are efecte superioare în tratamentul BPOC comparativ cu administrarea sa în astmul bronșic
B. Corticoterapia de lungă durată are capacitatea de a influența semnificativ rata de degradare anuală a VEMS
C. Se administrează în perioada stabilă în asociere cu terapia bronhodilatatoare
D. Nu modifică rata exacerbărilor
E. Este recomandat la pacienții cu obstrucție semnificativă (VEMS<50%, în stadiile 3 și 4) și cu mai mult de două exacerbări pe an

57. **În exacerbarea BPOC, indicațiile paraclinice de trimitere a unui pacient în serviciul de reanimare sunt:** (22)
A. Ph<7,30
B. $PaCO_2$>60mmHG
C. PaO_2<50mmHg
D. $PaCO_2$ >70mmHg
E. PaO_2 <55mmHG

58. **Ventilația noninvazivă la un pacient diagnosticat cu BPOC în exacerbare este contraindicată în următoarele cazuri:** (23)
A. Acidoză respiratorie (ph<7,35 și Pa Co2>45mmHg)
B. Aritmii ventriculare severe
C. Folosirea mușchilor respiratori accesori însoțită de mișcarea paradoxală a abdomenului
D. Traume/deformări/arsuri faciale
E. Insuficiență multiplă de organe

59. **Afirmațiile cu privire la administrarea corticosteroizilor pe cale generală în exacerbările formelor medii sau severe în BPOC sunt adevărate, CU EXCEPȚIA:** (23)
A. Sunt indicate de rutină în exacerbările formelor medii sau severe
B. Ameliorează hipoxemia și hipocapnia
C. Scade riscul de recidivă al exacerbărilor în următorii 2 ani
D. Dozele uzuale se administrează de două ori pe zi, pe o durată de 21 zile
E. Corticoterapia poate fi întreruptă imediat ce simptomatologia se ameliorează

60. **În formele severe de exacerbare a BPOC, antibioticoterapia se recomandă:** (23)
   A. La pacienţii cu o stare generală bună, cu tuse neproductivă, afebrili
   B. De primă intenţie se vor administra macrolide de generaţie nouă cu un spectru extins pe *Haemophilus*, *Branhamella* şi pneumococ
   C. Se va administra amoxicilină/clăvulanat pe o perioadă de 7-10 zile
   D. În general exacerbările uşoare nu necesită terapie antibiotică
   E. Pentru pacienţii cu exacerbări severe trebuie luată în considerare o terapie antibiotică cu spectru larg care să includă şi bacteriile Gram negative precum *Pseudomonas*

61. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea teofilinei în tratamentul BPOC sunt ADEVĂRATE:** (17)
   A. Este indicată la pacienţii cu simptomatologie nocturnă persistentă
   B. Determină efecte secundare de tipul aritmiilor si tremorul extremităţilor
   C. Tratamentul este de scurtă durată
   D. Determină efecte secundare de tipul bradicardiei sinusale
   E. Este indicată la pacienţii cu sindrom de apnee in somn

62. **Pneumonia francă se caracterizează prin următoarele:** (27)
   A. Evoluţie progresivă precedată de semne de infecţie rinofaringiană
   B. Opacitate heterogenă nesistematizată de tip interstiţial
   C. Sindrom de condensare pulmonară la 2-3 zile de la debut
   D. Debut brutal manifestat prin frison şi hipertermie
   E. De regulă etiologia presupune germeni intracelulari: *Coxiella burnetti*

63. **În pneumoniile comunitare imaginea radiografică a infiltratului interstiţial nu se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (29)
   A. Opacitate unică sau multiplă iniţial opacă, ulterior excavată
   B. Opacităţi reticulare sau reticulonodulare localizate într-un anumit lob sau difuze bilateral
   C. Opacitate omogenă ce interesează sinusul costodiafragmatic al hemitoracelui afectat
   D. În periferie persistă un aspect reticulonodular
   E. Zone multiple de hipertransparenţă în interiorul unor opacităţi

64. **Care dintre următoarele semne şi simptome NU sunt caracteristice în pneumonia atipică:** (29)
   A. Durere de tip pleuritic
   B. Tulburări digestive
   C. Sindrom de condensare pulmonară
   D. Artralgii
   E. Debut progresiv

65. **La examenul fizic al aparatului respirator în pneumonia comunitară putem întâlni:** (30)
   A. Posibil sindrom lichidian
   B. Hipersonoritate pulmonară

C. Sindrom de condensare pulmonară
D. Raluri ronflante şi sibilante
E. Raluri crepitante

66. **La pacienţii vârstnici pneumonia se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (30)
A. Tablou clinic dominat de manifestări respiratorii
B. Tulburări de conştienţă până la comă
C. Debut tipic prin febră cu frison şi tuse
D. Anorexie cu scădere ponderală
E. Agravarea unor boli preexistente

67. **Care dintre următoarele criterii din scorul CURB 65 însumate valorează 2 puncte:** (31)
A. Absenţa confuziei
B. Vârstă >65 ani
C. Frecvenţa respiratorie de 18R/min
D. Tensiune arterială sistolică de 120 mmHg
E. Ureea sanguină crescută

68. **Tratamentul în ambulator al pneumoniei comunitare la un adult > 25 ani, fără boli semnificative asociate poate fi constituit din:**(32)
A. Cefalosporine orale de generaţia I
B. Clindamicină
C. Amoxicilină mereu în asociere cu metronidazol
D. Claritromicină sau azitromicină
E. Moxifloxacină

69. **Tratamentul pneumoniei comunitare la tinerii sub 25 de ani se va face de elecţie cu:** (32)
A. Moxifloxacină
B. Claritromicină
C. Amoxicilină
D. Azitromicină
E. Cefalosporine de generaţia a IIa

70. **În suspicinea unei pneumonii cu *Pseudomonas aeruginosa* la un pacient cu factori de risc asociaţi, tratamentul de elecţie în terapie intensivă va fi:** (34)
A. Fluorochinolonă + imipenem
B. Amoxicilină + ertapenem
C. Macrolidă+ imipenem
D. Gentamicină
E. Ciprofloxacină + β-lactamină anti-piocianică

71. **Factorii de risc pentru rezoluţia radiologică întârziată în pneumonia comunitară sunt următorii:** (34)
   A. Etiologia cu *Haemophilus influenza*
   B. BPOC
   C. Etiologia cu *Legionella pneumophilla*
   D. Afectarea multilobulară
   E. Statusul imun alterat

72. **Antitusivele se vor administra în calitate de tratament adjuvant în următoarele cazuri:** (34)
   A. BPOC
   B. Pacienţii cu paroxisme severe de tuse
   C. Tuse care induce oboseală musculară respiratorie sau durere toracică
   D. Sindromul posttuberculos
   E. Bisinoza

73. **Supravegherea pacientului cu pneumonie comunitară constă în următoarele, CU EXCEPŢIA:** (35)
   A. Necesită supraveghere intensivă doar în primele 24 h
   B. Uneori supravegherea se poate extinde la 5 zile pentru a certifica evoluţia
   C. Reevaluarea la 48-72 h este esenţială
   D. Se recomandă urmărirea pacientului cu efectuarea de radiografii la 2 luni
   E. Absenţa ameliorării se poate datora unui diagnostic greşit de pneumonie

74. **Astmul tusiv se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (41)
   A. Este o formă particulară de astm bronşic
   B. Se manifestă aproape exclusiv prin tuse productivă
   C. Este o tuse chinuitoare
   D. Este specific debutul cu simptome nazale
   E. Apariţie predominant diurnă

75. **La examenul fizic al unui pacient cu suspiciune de astm bronşic se pot identifica următoarele:** (41)
   A. Inspir prelungit însoţit de raluri crepitante
   B. Hiperinflaţia toracelui cu diametrul antero-posterior şi lateral mărite
   C. Accentuarea murmurului vezicular
   D. Frecvenţa respiratorie normală
   E. Raluri sibilante în prezenţa unui expir prelungit

76. **Reacţia alergică de tip imediat ce ţine de astmul bronşic se va caracteriza prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (39)
   A. Apare în câteva minute de la contactul cu alergenul
   B. Tromboxanii vor inhiba secreţia de histamină
   C. Vasodilataţie cu extravazare plasmatică la nivelul microcirculaţiei bronşice
   D. Apare la 3-4 ore de la provocarea alergenică
   E. Mediatorii preformaţi şi cei constituiţi pe loc vor induce contracţia muşchiului neted bronşic

77. **Remodelarea căilor aeriene în astmul bronşic se manifestă prin următoarele:** (40)
A. Prezenţa unui proces inflamator cronic
B. Slăbirea laminei reticulare
C. Creşterea masei musculare prin hiperplazie şi hipertrofie
D. Constricţia vaselor sanguine subepiteliale
E. Depunere de colagen sub membrana bazală ce duce la îngroşarea laminei reticulare

78. **În astmul bronşic, sindromul obstructiv reversibil se caracterizează prin:** (42)
A. VEMS crescut şi indicele Tiffeneau sub 70%
B. VEMS scăzut şi indicele Tiffeneau peste 80%
C. Reversibilitatea obstrucţiei se demonstrează prin creşterea VEMS > 12% după administrarea de Salbutamol
D. Capacitatea vitală forţată poate fi scazută datorită hiperinflaţiei pulmonare şi scăderea volumului rezidual
E. VEMS scăzut şi indicele Tiffeneau sub 70%

79. **Utilizarea β2-agoniştilor de scurtă durată în tratamentul astmului bronşic se caracterizează prin:** (44)
A. Efectul bronhodilatator durează ≥12 ore
B. Acţiunea se instalează rapid în 5-15 minute
C. Doza suficientă pentru controlul bronhospasmului este apreciată la 1 puf de două ori/ zi
D. În supradozaj pot avea efecte asupra frecvenţei cardiace şi a presiunii arteriale
E. Se utilizează în crize de bronhospasm

80. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la utilizarea anticolinergicelor în astmul bronşic sunt ADEVĂRATE:** (44)
A. Asociază efecte secundare de tip: polakiurie şi diaree
B. Au efect bronhodilatator mai slab şi mai tardiv decât β2-agoniştii de scurtă durată
C. Tiotropiumul este un anticolinergic de lungă durata al cărui efect durează 12 ore
D. Sunt indicate la pacienţii cu afecţiuni cardiace coexistente la care β2-mimeticele sunt contraindicate
E. Asocierea cu β2-mimeticele are un efect aditiv

81. **În astmul bronşic, corticosteroizii inhalatori:** (45)
A. Sunt indicaţi la pacienţii de treaptă 1
B. Reduc necesarul de corticosteroizi cu administrare orală
C. Au efecte secundare sistemice de tipul dispnee
D. Scad numărul de exacerbări
E. Candidoza oro-faringiană poate fi evitată prin gargară cu apă simplă sau bicarbonată după fiecare utilizare

82. **În astmul bronşic de treaptă 4 medicaţia de control de primă intenţie este, CU EXCEPŢIA:** (46)
A. Corticosteroizi inhalatori în doză medie şi β2-agonişti cu durată lungă de acţiune
B. Corticosteroizi inhalatori în doză mică şi β2-agonişti cu durată lungă de acţiune
C. Doar corticosteroizi inhalatori în doză mică
D. Doar corticosteroizi orali
E. Doar corticosteroizi inhalatori în doză mare şi β2-agonişti cu durată scurtă de acţiune

83. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la cisteinleucotriene sunt ADEVĂRATE:** (40)
A. Au efect bronhoconstrictor mai mare decât al histaminei
B. Induc hiperreactivitate bronşică
C. Scad secreţia de mucus
D. Produc vasodilataţie cu scăderea permeabilităţii şi exsudare plasmatică cu edem
E. Este un mediator principal în reacţia alergică de tip imediat

84. **Care dintre următoarele afirmaţii legate de extinderea loco-regională în cancerul bronhopulmonar NU sunt adevărate:** (53)
A. Apar dureri toracice datorită invaziei pleurei parietale
B. Apare aspectul de "Edem în pelerină" prin compresia venei cave inferioare
C. Prezenţa plexalgiei brahiale
D. Prezenţa unui sindrom Claude Bernard Horner, caracterizat prin enoftalmie, ptoza pleoapei inferioare si midriază
E. Disfagie prin compresie esofagiană

85. **Sindroamele paraneoplazice întâlnite cel mai frecvent în cancerul bronhopulmonar sunt:** (53)
A. Tromboflebite migratorii
B. Osteoartropatie hipertrofică pneumică
C. Hipocalcemie prin secreţie de proteine PTH-like
D. Hiposecreţie de ACTH
E. Sindroame neurologice de tipul sindromului Lambert Eaton

86. **În cancerul bronhopulmonar stadiile IIIA şi IIIB, radioterapia trebuie administrată în următorul mod:** (62)
A. Se poate administra ca şi tratament unic, având rezultate satisfăcătoare
B. Administrarea poate fi secvenţială sau concomitentă
C. Se utilizează în asociere cu chimioterapia şi eventual după rezecţia chirurgicală completă, dacă aceasta este posibilă
D. Administrarea secvenţială este mai eficientă şi este de preferat
E. În cancerele non-microcelulare, poate diminua rata de recidivă locală fiind folosită ca şi metodă complementară chirurgiei

87. **Chimioterapia în cancerul bronhopulmonar se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPȚIA:** (63)
A. Are un efect terapeutic major atât în cancerul microcelular cât şi în cel non-microcelular
B. Este indicată şi la pacienţii cu stare generală alterată (PS 3)
C. Vârsta avansată este o contraindicaţie
D. Standardele actuale impun asocierea unui derivat de platină împreună cu un alt citostatic
E. Asocierea a mai mult de două droguri aduce beneficii de supravieţuire

88. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la diagnosticul de certitudine în cancerul bronhopulmonar sunt FALSE:** (54)
A. Biopsia endobronşică sau transbronşică este obligatorie la toţi pacienţii
B. Toracotomia exploratorie rămâne o explorare de elecţie, frecvent utilizată în practică
C. Endoscopia bronşică este obligatorie la toţi pacienţii
D. Biopsia percutană ghidată este utilă în tumorile pulmonare centrale
E. Biopsia hepatică poate fi utilă în cazurile cu metastaze hepatice

89. **Carcinomul cu celule mici se caracterizează prin următoarele:** (51,59)
A. Are localizare strict periferică
B. Se însoţeşte de o diseminare precoce hematogenă
C. Are o evoluţie lentă
D. Se asociază frecvent cu sindroame paraneoplazice
E. Tratamentul chirurgical nu este indicat datorită creşterii rapide şi metastazării precoce

90. **În tratamentul cancerului bronho-pulmonar, efectele secundare chimioterapiei se manifestă prin următoarele, CU EXCEPȚIA** (64)
A. Neurotoxicitate
B. Alopecie ce poate fi prevenită prin creşterea temperaturii scalpului pe durata perfuziei citostatice
C. Granulopenie cu valori semnificative la 21 de zile de la începerea chimioterapiei
D. Cardiotoxicitate
E. Anemie

91. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul hemoptiziilor în cancerul bronho-pulmonar sunt ADEVĂRATE:** (68)
A. Poate fi necesară embolizarea percutană a arterelor bronşice
B. Hemostaticele au o eficacitate semnificativă
C. În hemoptiziile masive se poate administra terlipresină până la embolizarea percutană
D. Cardiopatia ischemică nu reprezintă o contraindicaţie în administrarea de terlipresină
E. Arteriopatia obliterantă este o contraindicaţie în administrarea unui analog de vasopresină

92. **Următoarele afirmaţii referitoare la utilizarea radioterapiei curative în cancerul bronhopulmonar sunt ADEVĂRATE:** (61)
A. Asocierea cu chimioterapia permite creşterea eficienţei radioterapiei
B. Se utilizează în special pentru controlul durerilor secundare metastazelor osoase
C. Poate fi utilizată ca tratament complementar după tratamentul chirurgical
D. Se utilizează în tratamentul unor metastaze unice apărute la distanţă de un tratament curativ
E. În stadiile I şi II fără invazie ganglionară radioterapia poate eradica singură tumora

93. **În clasificarea TNM a cancerelor bronhopulmonare, T2 se caracterizează prin următoarele:** (57)
A. Tumoră cu diametrul mai mic de 3 cm
B. Se poate însoţi de invazia pleurei viscerale
C. Se poate însoţi de invazia bronhiei primitive, tumora fiind la o distanţă mai mică de 2 cm de bifurcaţia traheală
D. În stadiul T2b diametrul tumorii va fi între 5 şi 7 cm
E. Se poate însoţi de invazia bronhiei lobare

94. **Gradul 2 în evaluarea stării generale de sănătate într-un cancer bronhopulmonar conform OMS corespunde următoarelor:** (54)
A. Activitate normală, pacientul este capabil să îndeplinească toate sarcinile realizate înainte de a fi bolnav
B. Pacientul este capabil să se îngrijească singur, dar incapabil de a munci
C. Pacientul îşi păstrează mobilitatea şi este capabil să muncească
D. Pacientul poate sta în picioare şi poate merge mai mult de o jumătate de zi
E. Pacientul are o capacitate limitată de a se îngriji, petrece mai mult de jumătate de zi pe scaun sau în pat

95. **Tratamentul antiangiogenic în cancerul bronhopulmonar se caracterizează prin:** (65)
A. Este indicat în formele avansate de cancer bronhopulmonar în asociere cu chimioterapia
B. În asociere cu chimioterapia se impune scăderea dozelor chimioterapeutice
C. Este indicat în carcinoamele scuamoase
D. Hemoptizia şi hipertensiunea arterială necontrolată constituie contraindicaţii
E. Înainte de administrare este necesară identificarea anomaliei moleculare precise

96. **Administrarea de inhibitori de tirozin-kinaze în cazul cancerului bronhopulmonar:** (65)
A. Sunt indicate în formele avansate ce prezintă o mutaţie activatoare a receptorului EGF
B. Anomaliile genetice pe care aceste medicamente acţionează se găsesc mai frecvent la bărbaţii de origine caucaziană
C. Tratamentul este exclusiv tumorilor de tip adenocarcinom
D. Acţionează prin inhibiţia unei tirozin kinaze

E. Nu este necesară indentificarea precisă a anomaliei genetice înainte de începerea tratamentului

97. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul în cancerul bronhopulmonar non-microcelular stadiul IIIA nerezecabil sunt ADEVĂRATE:**(66)
A. Standardul actual constă în chimioterapie şi radioterapie administrate secvenţial
B. Chimioterapia inițială poate diminua volumul tumoral, fapt ce permite realizarea unei chirurgii cu scop curativ
C. Asocierea secvenţială este mai eficientă, dar cu preţul unei toxicităţi mai mari
D. Radiochimioterapia este utilizată ca tratament preoperator în tumorile Pancoast
E. Radioterapia toracică se va administra la o doză de 60-65 Gy în asociere cu tratamentul chimioterapeutic

98. **În cancerul bronhopulmonar non-microcelular, stadiul IV, atitudinea terapeutică include următoarele, CU EXCEPȚIA:** (66)
A. Numărul ciclurilor de tratament chimioterapeutic va fi între 4-6
B. Combinațiile de cisplatin şi citostatice de generația a I-a prelungesc supraviețuirea
C. La pacienţii cu status de performanţă depreciat se va utiliza monoterapia cu vinerelbină
D. Pentru pacienţii cu status de performanţă >2 se va mări doză chimioterapeutică
E. Radioterapia paliativă este recomandată pentru anumite localizări metastatice

99. **Conduita medicală cu privire la nodulii solizi identificaţi la nivel pulmonar constă în:** (57)
A. Pentru nodulii cu diametru de peste 5 mm se recomandă realizarea unui PET-CT
B. Dacă nodulul este hipermetabolic se recomandă un examen histologic
C. Nodulii cu diametru între 5-10 mm vizibili radiografic vor fi supravegheaţi odată la 6 luni în primul an şi anual în următorii 5 ani
D. Nodulii sub 5 mm vizibili radiografic vor fi supravegheați cel puțin o dată pe an timp de 2 ani minim
E. În lipsa PET-CT, aspectul radiologic orientează atitudinea

100. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la evaluarea unui cancer bronhopulmonar prin imagistica prin rezonanță magnetică sunt FALSE:** (56)
A. Numărul de rezultate fals pozitive este ridicat
B. Leziunile investigate trebuie să aibă peste 8 mm diametru
C. Este indicată la pacienţii suspecţi de metastaze epidurale sau vertebrale
D. Precizează limitele de invazie în tumorile de apex
E. Permite evaluarea activităţii metabolice la nivelul nodulilor pulmonari

101. **Tumorile mezenchimale pulmonare sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:** (51)
A. Sarcomul de arteră pulmonară
B. Papiloamele
C. Sarcomul de venă pulmonară

D. Adenoamele
E. Sarcomul sinovial

102. **Subtipurile carcinomului sarcomatoid pulmonar sunt următoarele:** (51)
A. Carcinomul cu celule fusiforme
B. Hamartomul
C. Carcinomul pleomorf
D. Hemangiomul sclerozant
E. Carcinomul cu celule gigante

103. **Care dintre următoarele tumori NU aparţin grupului tumorilor pulmonare limfoproliferative:** (51)
A. Histocitoza langerhansiană
B. Hemangioendoteliomul epitelioid
C. Granulomatoza limfomatoidă
D. Blastomul pleuropulmonar
E. Limfomul marginal cu celule B de tip MALT

104. **Standardele actuale în chimioterapia cancerului bronhopulmonar se caracterizează prin:** (63)
A. Asocierea simultană a mai mult de două droguri nu aduce beneficii de supravieţuire
B. Monoterapia este rezervată celor cu stare generală alterată
C. În caz de progresie sub tratament, dozele chimioterapeutice trebuie mărite
D. Citostaticele disponibile pentru cancerele microcelulare sunt: etopozidul şi topotecanul
E. Citostaticele asociate cisplatinei în cancerul non-microcelular sunt etopozidul şi topotecanul

105. **Referitor la pacienţii cu revărsat pleural recidivant secundar cancerului bronhopulmonar sunt ADEVĂRATE:** (68)
A. Se poate aştepta răspunsul la chimioterapie înainte de a propune o simfiză pleurală
B. Implantarea unui cateter intrapleural implică riscuri infecţioase minime
C. Talcul este mai puţin eficient decât bleomicina sau tetraciclina
D. La recidivele în urma pleurodezei se poate implanta un cateter intrapleural
E. Utilizarea bleomicinei şi a tetraciclinei au fost abandonate

106. **În cazul cancerelor bronhopulmonare microcelulare recidivate următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (67)
A. O tumoră rezistentă la tratament este o tumoră cu recidivă la interval mai mic de 6 luni de la terminarea terapiei de linia I
B. O tumoră refractară este o tumoră fără răspuns la chimioterapia de linia I
C. O tumoră sensibilă la tratament este o tumoră cu recidivă la interval mai mic de 3 luni de la terminarea terapiei
D. La pacienţii refractari, opţiunile terapeutice sunt limitate

E. La pacienţii cu tumori rezistente la chimioterapia de linia I, poate fi propusă o asociere între ciclofosfamidă, doxorubicină şi vincristină

107. **În clasificarea TNM a cancerelor bronhopulmonare N2 NU reprezintă:** (58)
A. Metastaze în ganglionii mediastinali sau hilari controlaterali
B. Metastaze în ganglionii peribronşici ipsilateral şi/sau în ganglionii hilari
C. Metastaze în ganglionii mediastinali ipsilaterali
D. Metastaze în ganglionii supraclaviculari
E. Metastaze în ganglionii subcarinari

108. **În diagnosticul tuberculozei, examenul radiologic relevă:** (79)
A. Hiluri mari, imprecis conturate, modificări infiltrative în aripi de fluture şi redistribuţia fluxului sanguin în zonele superioare
B. Opacităţi nodulare, infiltrative nesistematizate
C. Cavităţi în diferite stadii de evoluţie
D. Leziuni simetrice, omogene
E. Leziuni polimorfe situate predominant în regiunile apicale

109. **Examenul bacteriologic pentru micobacteriile TB NU cuprinde:** (77)
A. Însămânţarea pe medii rapide lichide –Bactec
B. Antibiograma asociată
C. Microscopia în coloraţia Lowenstein Jensen
D. Metode biologice moleculare de tip PCR
E. Însămânţarea pe mediul solid Ziehl-Neelsen

110. **Factorii de risc de tip intern, de teren pentru tuberculoză sunt:** (74)
A. Hemopatiile maligne
B. Igiena precară
C. Tratamentul cronic cu corticoizi
D. Consumul de cafea
E. Colagenozele

111. **Pneumotoraxul apărut la un pacient cu tuberculoză se manifestă clinic prin:** (80)
A. Junghi toracic
B. Matitate/submatitate bazală pulmonară
C. Dispnee
D. Murmur vezicular prezent
E. Tuse seacă

112. **Care dintre urmatoarele antibiotice antiTB recomandate in cazurile de tuberculoză multidrog rezistentă aparţin Grupului 1:** (84)
A. Streptomicina
B. Pirazinamida
C. Amikacina
D. Etambutol

E. Rifabutin

113. **Care dintre următoarele sunt criterii de certitudine în diagnosticul pleureziei serofibrinoase TB:** (81)
   A. La examenul histopatologic al prelevatelor pleurale se evidenţiază granuloame TB specifice
   B. Vârstă <40 ani
   C. Antecedente personale de TB pulmonară
   D. Bacilul Koch pozitiv la examenul microscopic al sputei
   E. Evoluţie favorabilă sub tratament antituberculos

114. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tuberculoza osteoarticulară sunt ADEVĂRATE:** (82)
   A. Apare la nivelul articulaţiilor mari suprasolicitate
   B. Durerea este difuză şi nu cedează la repaus
   C. Durerea este predominant nocturnă
   D. Durerea este exacerbată de presiune şi mişcare
   E. Afectează în principal articulaţiile mici

115. **În tuberculoza urogenitală ecografia şi urografia i.v. relevă următoarele, CU EXCEPŢIA:** (82)
   A. Rinichi mărit în dimensiuni, cu contur neregulat
   B. Posibila prezenţă a calcificărilor şi leziunilor pielocaliceale
   C. În fazele avansate ureterul este fibrozat şi scurtat
   D. Joncţiune pielo-ureterală cu dilatare şi hidronefroză
   E. În faze avansate se poate observa "rinichiul mic mastic"

116. **Principiile unei antibioterapii corecte în tuberculoză sunt:** (83)
   A. Tratamentul este în regim standardizat: cel puţin 5 antibiotice antiTB la cazurile noi şi 6 la recidive
   B. Faza de atac constă în administrarea antibioticelor antiTB 5/7 zile timp de 3 luni
   C. Tratamentul este gratuit pentru toţi pacienţii diagnosticaţi cu TBC
   D. Tratamentul se administrează în doză unică înainte de culcare
   E. În faza de continuare antibioticele antiTB se vor administra 3/7 în asociere de 2-3 droguri

117. **În grupul 4 de antibiotice antiTB administrate în tuberculoza multi-drog rezistentă sunt incluse următoarele, CU EXCEPŢIA:** (84)
   A. Capreomicina (CM)
   B. Terizidon (Trd)
   C. Clofazimina (Cfz)
   D. Cicloserina (Cs)
   E. Acid ParaAminoSalicilic (PAS)

118. **Tratamentul antiTB în forma individualizată se administrează în următoarele cazuri:** (85)
A. Eşec al tratamentului iniţial
B. Cazuri de tuberculoză multi-drog rezistentă
C. Recidive la cazurile la care nu s-a confirmat o chimiorezistenţă
D. Mycobacterioze atipice
E. Reacţii adverse severe la medicamentele de linia I

119. **Tuberculoza peritoneală NU se caracterizează prin următoarele:** (83)
A. Forma ascitică se însoţeşte de abdomen excavat
B. Forma adezivă fibroplastică presupune complicaţii ocluzive frecvente
C. Poate apărea sub formă ascitică cu balonare însoţită de matitate cu concavitate superioară
D. Poate apărea sub formă adezivă fibroplastică şi formă ascitică
E. În lichidul peritoneal obţinut prin paracenteză BK este întotdeauna absent

120. **Care dintre următoarele asocieri medicamentoase NU sunt indicate în regimul terapeutic de tip II în tuberculoză:** (85)
H-izoniazida, R-rifampicină, Z-pirazinamida, S-streptomicină, E-etambutol
A. 2 luni de HRZE, urmată de 4 luni de HR
B. 3 luni de HRZE, urmată de 4 luni de HR
C. 2 luni de HRZSE + 1 lună de HRZE, urmată de 5 luni HRE
D. 3 luni de HRZSE +2 luni HRZE, urmată de 6 luni de HRE
E. 3 luni de HRZE, urmată de 5 luni de HR

121. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la afectarea sistemului nervos central în tuberculoză sunt ADEVĂRATE:** (81)
A. Se produce prin diseminări hematogene la nivelul plexurilor coroide
B. Debutul este brutal
C. Clinic apare hipertensiunea intracraniană
D. Examenul biochimic relevă PH crescut
E. Reacţia " la triptofan" este intens pozitivă

122. **Referitor la tuberculoza primară sunt ADEVĂRATE:** (76)
A. Are un debut insidios cu simptome locale absente sau manifeste
B. Vindecarea nu se produce spontan, evoluţia este cronică în puseuri şi remisiuni
C. Diagnosticul diferenţial se poate face cu parazitozele intestinale şi malnutriţia
D. Apare pe un organism sensibilizat în prealabil de către infecţia primară
E. Se poate asocia cu eritem polimorf

123. **Pentru pacienţii diagnosticaţi cu tuberculoză multi-drog rezistentă, tratamentul antiTB constă în asocierea antibioticelor antiTB conform schemelor:** (85)
A. O fază de atac de 6 luni cu asocierea a 4 medicamente şi o fază de continuare cu asocierea a 3 medicamente administrate oral
B. O fază de atac de 8 luni cu asocierea a 4 medicamente la care germenii sunt sensibili şi o fază de continuare cu asocierea a 4 medicamente administrate oral

C. O fază de atac de 8 luni cu asocierea a minim 3 medicamente care nu au fost administrate în antecedente și o fază de continuare cu asocierea a 4 medicamente
D. Durata tratamentului este de 12 luni
E. Durata tratamentului este de 18 luni după conversia în cultură

124. **Care dintre următoarele afirmații cu privire la trombembolismul pulmonar sunt ADEVĂRATE:** (88)
A. Este de tip central dacă afectează artera pulmonară principală dreaptă
B. Este cronic atunci când embolul reduce diametrul arterial cu >30%
C. Poate fi acut atunci când embolul este situat central în lumenul vascular
D. Este de tip periferic dacă afectează arterele lobare
E. Trombembolismul pulmonar este masiv atunci când pacientul este instabil hemodinamic

125. **Următoarele afirmații cu privire la utilizarea angiografiei pulmonare prin tomografie computerizată în trombembolismul pulmonar sunt ADEVĂRATE:** (93)
A. Este metoda imagistică peferată în suspiciunea unui trombembolism pulmonar
B. Evidențiază trombi la nivelul ramurilor segmentare ale arterelor pulmonare
C. Evidențiază trombi la nivelul ramurilor sub-segmentare ale arterelor pulmonare
D. Poate evidenția "Hampton's hump"
E. Un examen angioCT normal exclude trombembolismul la pacienții cu probabilitate clinică mică sau intermediară

126. **Criteriile Wells de determinare a probabilității clinice de embolie pulmonară sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:** (96)
A. Frecvența cardiacă >90/min
B. Semne clinice de trombembolism venos profund
C. Intervenție chirurgicală în ultimele 8 săptămâni
D. Hemoptizii
E. Malignitate activă

127. **NU sunt semne clinice frecvent întâlnite în trombembolismul pulmonar următoarele:** (91)
A. Hipertensiune arterială
B. Tahipnee, cianoză, tahicardie
C. Semne de trombembolism venos profund la nivelul membrelor inferioare
D. Pneumotorax
E. Accentuarea componentei P2 a zgomotului 2

128. **Modificările ecocardiografice în trombembolismul pulmonar sunt reprezentate de:** (95)
A. Dilatarea ventriculului drept
B. Deprimarea contractilității peretelui liber al ventriculului drept comparativ cu apexul
C. Perturbarea ejecției ventriculului drept –semnul "McConell" pozitiv
D. Creșterea velocității jetului de regurgitare mitrală

E. Atrofia peretelui liber al ventriculului drept

129. **Care dintre următorii sunt factori de risc slabi (OR<2) predispozanţi pentru trombembolismul pulmonar:** (89)
A. Transfuziile de sânge
B. Imobilizare datorită poziţiei (călătorii prelungite)
C. Varicele hidrostatice
D. Bolile inflamatorii colonice
E. Colecistectomia

130. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la scintigrafia de ventilaţie-perfuzie NU sunt adevărate:** (93)
A. Are o specificitate crescută, rezultatele fals pozitive fiind rare
B. În cazul unui trombembolism pulmonar pozitiv, la nivelul arterei pulmonare drepte se va observa o imagine lacunară
C. Este contraindicată în sarcină, având o doză de iradiere mai mare decât angiografia CT
D. Constă în injectarea de macroagregate formate din albumină, marcate cu Tc-99m
E. Investigaţia este indicată pacienţilor la care angiografia CT este contraindicată

131. **Durata tratamentului anticoagulant în trombembolismul pulmonar(TEP) este de:** (100)
A. În TEP secundar unui factor de risc tranzitor se administrează anticoagulante orale 6 luni
B. În TEP neprovocat la al doilea episod se administrează tratament anticoagulant pe perioadă nelimitată
C. În TEP neprovocat la primul episod se administreză tratament anticoagulant maxim 3 luni, fără prelungire
D. În TEP asociat unui cancer activ se administrează heparină cu greutate moleculară mică 3-6 luni şi apoi se continuă cu anticoagulante orale până la rezolvarea neoplasmului
E. Periodic trebuie evaluat raportul risc/beneficii

132. **Referitor la tratamentul trombolitic în trombembolismul pulmonar sunt ADEVĂRATE:** (100)
A. Este inferior ca şi efect în restabilirea perfuziei pulmonare în comparaţie cu heparina nefractionată
B. Tromboliticele aprobate sunt: streptokinaza, urokinaza şi activatorul tisular al plasminogenului recombinat
C. Tratamentul trombolitic se administrează de rutină la pacienţii cu risc înalt
D. Are un risc crescut de hemoragie intracraniană
E. Răspunsul terapeutic maxim se obţine în primele 48 de ore de la debutul simptomatologiei

133. **Care dintre următoarele criterii ţin de "Perc rule" în trombembolismul pulmonar:** (96)
   A. Vârstă >60 ani
   B. Frecvenţa cardiacă >100/min
   C. Saturaţia în oxigen ≥90%
   D. Antecedente de infarct miocardic
   E. Fără hemoptizii

134. **Evaluarea D-dimerilor în trombembolismul pulmonar se caracterizează prin:** (92)
   A. Sunt sensibili, dar nespecifici
   B. O valoare normală a D-dimerilor sub 800 ng/ml face improbabilă embolia pulmonară
   C. Au valori crescute în cancere şi sarcină
   D. Determinarea D-dimerilor este necesară când probabilitatea clinică de trombembolism pulmonar este mare
   E. Au valori crescute în cazul unor traume sau intervenţii chirurgicale

135. **Modificările electrocardiografice specifice în trombembolismul pulmonar sunt următoarele, CU EXCEPŢIA:** (92)
   A. Apariţia P-ului pulmonar
   B. Aspectul caracteristic S1Q3T3
   C. Hipertrofia de ventricul drept
   D. Bloc major de ramură dreapta
   E. Aspectul qR în V1

136. **În trombembolismul pulmonar, referitor la rezoluţia incompletă a trombilor sunt ADEVĂRATE:** (97)
   A. În cazul unui tratament adecvat pe o perioadă de 4 săptămâni, are o frecvenţă mică
   B. În 90% cazuri gradul de obstrucţie vasculară pulmonară rămas este <15%
   C. În cazul trombilor subsegmentari are loc cea mai rapidă rezoluţie
   D. În cazul trombilor mari are loc o rezoluţie lentă
   E. La pacienţii anticoagulaţi, rezoluţia trombilor este de 40% după prima săptămână

137. **Care dintre următorii sunt factori de risc puternici(OR>10)predispozanţi în trombembolismul pulmonar:** (89)
   A. Accident vascular cerebral cu paralizie
   B. Infarct miocardic în ultimele 3 luni
   C. Perioada postpartum
   D. Spitalizare pentru fibrilaţie atrială
   E. Varice hidrostatice

138. **Recurenţa trombembolismului pulmonar se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (97)
   A. Fără tratament anticoagulant recurenţa precoce apare în 8% cazuri la 6 luni
   B. Rata recurenţei este mai mare la cei cu neoplazii active în primele 2 săptămâni
   C. Recurenţa tardivă a trombembolismului pulmonar apare la 30% din cazuri la 10 ani
   D. Sub tratament anticoagulant recurenţa precoce apare în 8% cazuri la 2 săptămâni
   E. Recurenţa tardivă apare in 13% din cazuri la 1 an

139. **Embolectomia chirurgicală în trombembolismul pulmonar se caracterizează prin:** (101)
   A. Este indicată în trombembolismul cu risc scăzut, intermediar şi înalt
   B. Este indicată în trombembolismul cu risc crescut
   C. Este indicată în cazuri selecţionate de embolism pulmonar cu risc intermediar
   D. Se va face o incizie unilaterală la nivelul arterei pulmonare
   E. Cheagurile sunt îndepărtate până la nivelul ramurilor segmentare

140. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la filtrele venoase în trombembolismul pulmonar sunt ADEVĂRATE:** (101)
   A. Sunt indicate la pacienţii cu trombembolism pulmonar acut si cu contraindicaţii absolute de anticoagulare
   B. Filtrul se plasează în general în porţiunea suprarenală a venei cave inferioare
   C. Plasarea filtrului în vena cavă inferioară creşte riscul de tamponadă pericardică
   D. Sunt indicate la pacienţii cu embolie pulmonară recurentă confirmată, în pofida terapiei anticoagulante
   E. În cazul existenţei trombilor la nivelul venelor renale, filtrele venoase se vor plasa suprarenal

II. CARDIOLOGIE

Complement simplu:

1. **Referitor la angina pectorală stabilă NU este adevărat:** (105)
   A. Este cel mai frecvent expresia afectării aterosclerotice a arterelor coronare
   B. Printre cauzele non-aterosclerotice sunt punțile musculare, afectarea post-iradiere și coronarita luetică
   C. Este mai frecventă la femei cu vârstă între 55 și 65 de ani
   D. Ischemia poate apărea și în absența afectării organice coronariene
   E. Există forme care nu asociază durere toracică

2. **Referitor la stratificarea riscului în angina pectorală stabilă, NU este adevărat:** (109)
   A. Riscul înalt include disfuncție ventriculară ușoară-moderată (FEVS 35-49%)
   B. Riscul înalt include ischemie extensivă la ecografia de stres
   C. Riscul intermediar include tulburări limitate de cinetică la ecocardiografia de stres, induse de doze mari de dopamină
   D. Riscul scăzut include defecte mici sau absente la scintigrafia miocardică de stres
   E. Riscul intermediar are o mortalitate de 1-3% pe an

3. **Referitor la alte forme de boală cardiacă ischemică NU este adevărat:** (116-117)
   A. Angina variantă se mai numește și sindromul X coronarian
   B. Ischemia silențioasă reprezintă documentarea ischemiei în absența anginei
   C. Angina microvasculară reprezintă prezența simptomelor tipice de angină, însoțite de modificări obiective de ischemie, dar cu artere coronare normale angiografic
   D. Tratamentul anginei Prinzmetal are la bază blocantele de calciu
   E. Insuficiența mitrală cronică ischemică este mai bine tolerată clinic decât insuficiența mitrală acută ischemică

4. **Referitor la angina variantă este ADEVĂRAT:** (114)
   A. Testul ECG de efort este cel mai important test pentru diagnostic
   B. Coronarografia este recomandată la toți pacienții
   C. Spasmul arterial apare frecvent pe arterele coronare normale
   D. Testele de provocare sunt frecvent folosite în practică
   E. Se manifestă prin simptome de tip anginos, apărute în prima jumătate a nopții

5. **Referitor la STEMI NU este adevărat:** (118-119)
   A. Este cel mai frecvent consecința unei ocluzii coronariene prin tromboză sau embolie
   B. Este frecvent o complicație a unei leziuni aterosclerotice
   C. Cauze non-aterosclerotice care pot asocia ocluzie coronariană sunt: vasculitele, spasmul coronarian prelungit și emboliile paradoxale
   D. Din punct de vedere morfopatologic prezintă 4 faze

E. STEMI cu artere coronare normale poate apărea în cazul lizei spontane a unui embol intracoronarian

6. **Clasificarea Killip a infarctului miocardic acut NU include:** (121)
A. Clasa II: Edem pulmonar acut cu raluri de stază în peste 50% din câmpurile pulmonare
B. Clasa I: Fără raluri pulmonare de stază
C. Clasa II: Congestie pulmonară în sub 50% din câmpurile pulmonare
D. Clasa II: jugulare turgescente, zgomot 3 prezent
E. Clasa IV: șoc cardiogen

7. **Referitor la clasificarea Forrester NU este adevarat:** (121)
A. Clasa III: șoc cardiogen cu presiune în capilarul pulmonar blocat crescută și index cardiac scăzut
B. Clasa IV: șoc cardiogen cu presiune în capilarul pulmonar blocat crescută și index cardiac scăzut
C. Clasa III: șoc hipovolemic cu index cardiac scăzut și presiune în capilarul pulmonar blocat scăzută
D. Indexul cardiac este raportul între debitul cardiac și suprafața corporală
E. Presiunea din capilarul pulmonar blocat reflectă presiunile de umplere ale ventriculului stâng

8. **Care din următoarele este o manifestare ECG sugestivă pentru STEMI:** (122)
A. Supradenivelarea ST >0.1 mV în V2-V3
B. Supradenivelarea ST >0.15 mV în V2-V3 la bărbații > 40 ani
C. Supradenivelarea ST >0.1 mV în DI și aVL este sugestivă pentru STEMI lateral
D. Supradenivelarea ST>0.1 mV în V3R și V4R este sugestivă pentru STEMI de perete inferior al ventriculului stâng
E. Supradenivelarea ST>0.1mV în V7-V9 este sugestivă pentru STEMI de perete liber al ventriculului drept

9. **Formele clinice particulare de SCA non-ST NU includ:** (137)
A. Angina de novo
B. Angina crescendo
C. Angina descrescendo
D. Angina post revascularizație
E. Angina post infarct

10. **Referitor la măsurile terapeutice pe termen lung în SCA non-ST NU este adevărat:** (147)
A. Aspirina este indicată pentru 12 luni
B. Beta blocantele se administrează la pacienții cu disfuncție de ventricul stâng
C. Eplerenona este indicată la pacienții cu FEVS <35%, diabet zaharat sau insuficiență cardiacă manifestă
D. Sartanii sunt folosiți atunci când IECA nu sunt tolerați
E. Statinele sunt recomandate pentru a menține LDL-colesterolul <70 mg/dL

11. **Referitor la coronarografia în SCA non-STEMI este ADEVĂRAT:** (146)
    A. Coronarografia de mare urgență este recomandată la pacienții cu risc înalt
    B. Coronarografia precoce este recomandată la pacienții cu risc intermediar
    C. Coronarografia sub 72 de ore este recomandată la pacienții cu risc înalt
    D. Coronarografia sub 72 de oră este recomandată la pacienții cu risc intermediar
    E. Coronarografia precoce este recomandată la pacienții cu risc înalt

12. **Referitor la terapia anticoagulantă în SCA non-STEMI NU este adevărat:** (145)
    A. Heparina nefracționată este un inhibitor indirect al trombinei
    B. Fondaparina nu are risc de trombocitopenie
    C. Enoxaparina este un inhibitor indirect de factor Xa
    D. Heparina nefracționată necesită menținerea unui aPTT cuprins între 250-350 secunde
    E. Bivalirudina este un inhibitor direct al trombinei

13. **Care din următoarele enunțuri NU este adevărat cu privire la tratamentul hipertensiunii în sarcină:** (168)
    A. Medicația de elecție este reprezentată de Methyldopa
    B. Se recomandă utilizarea betablocantelor pure (fără acțiune alfa asociată)
    C. În hipertensiunea gestațională, ghidurile europene recomandă valori țintă ale TA de 140/90 mmHg
    D. Dacă hipertensiunea precede sarcina și nu există o afectare a organelor țintă, ghidurile americane recomandă menținerea unei TA de 160/110 mmHg
    E. În preeclampsie ghidurile americane recomandă menținerea unei TA sistolice între 140-155 mmHg

14. **Referitor la clasificarea HTA după valorile tensiunii arteriale este ADEVĂRATĂ următoarea:** (158)
    A. TA normală este definită printr-o TA distolică <80 mmHg
    B. HTA gr. III este definită printr-o TA sistolică între 160-179 mmHg
    C. HTA normal înaltă are o TA sistolică cuprinsă între 130 și 139 mmHg
    D. HTA sistolică izolată prezintă o TA sistolică ≥160 și o TA diastolică <90 mmHg
    E. HTA grad I prezintă o TA diastolică între 100 și 109 mmHg

15. **Care din următoarele afirmații reprezintă o afectare subclinică de organ în HTA:** (159)
    A. Indice gleznă-braț >0.9
    B. Grosimea peretelui carotidian <0.9 mm
    C. Proteinurie >300 mg/24 ore
    D. Velocitatea undei de puls >12m/s
    E. Scăderea clearence-ului de creatinină <100ml/min

16. **Care din următorii NU este factor de risc cardiovascular:** (159)
A. Vârsta peste 55 ani la bărbați
B. Glicemia a jeun între 102-125 mg /dL
C. Testul de toleranță la glucoză anormal
D. Fumatul
E. Insuficiența cardiacă

17. **Care din următoarele afirmații referitoare la tratamentul HTA este ADEVĂRATĂ:** (167)
A. La pacienții cu boală renală cronică se recomandă menținerea unei TA sub 140/90 mmHg
B. La pacienții diabetici, betablocantele sunt de elecție
C. Este recomandată asocierea dintre IEC si Sartani
D. Asocierea dintre sartani și aliskiren este benefică
E. La pacienții vârstnici se recomandă menținerea unei TA sub 130/80 mmHg

18. **Care din următoarele afirmații referitoare la tratamentul cu beta blocante NU este adevărată:** (166)
A. Sotalolul are activitate simpaticomimetică intrinsecă
B. Pindololul are activitate simpaticomimetică intrinsecă
C. Nebivololul are și acțiune vasodilatatoare prin eliberarea de oxid nitric
D. Atenololul, Metoprololul și Bisoprololul sunt betablocante selective
E. Carvedilolul este betablocant și cu efect alpha

19. **Explorările de laborator de rutină în HTA NU includ:** (156)
A. Fund de ochi
B. LDL colesterol, HDL colesterol și colesterol total
C. Potasemie fără garou
D. Estimarea clearence-ului de creatinină folosind formula Cockroft-Gault
E. Analiza urinei

20. **Care din următoarele este o explorare recomandată în HTA:** (157)
A. RMN
B. Tomografia computerizată
C. Valorile reninei serice
D. Eco Doppler carotidiană
E. Creatinina serică

21. **Care din următoarele afirmații referitoare la ecografia transtoracică în insuficiența cardiacă cronică NU este adevărată:** (178)
A. Disfuncția diastolică are 3 grade
B. În insuficiența cardiacă cu FE scăzută apare de obicei disfuncție diastolică, disfuncție sistolică și dilatarea VS
C. În insuficiența cardiacă cu FE păstrată este prezentă hipertrofia de ventricul stâng
D. În insuficiența cardiacă cu FE păstrată este prezentă frecvent regurgitarea mitrală funcțională

E. Volumul bătaie este diferența între volumul telediastolic al ventriculului stâng și volumul telesistolic al ventriculului stâng

22. **Referitor la clasificarea NYHA este ADEVĂRAT :** (174)
A. Clasa II NYHA cuprinde pacienții cu limitare severă a activității fizice
B. Clasa IV NYHA cuprinde pacienții cu limitare severă a activității fizice (îmbrăcat, toaleta zilnică)
C. Clasa I NYHA include pacienții cu ușoară limitare a activității fizice obișnuite
D. Clasa II NYHA cuprinde pacienții cu limitare a activităților fizice de tipul grădinărit, dans și măturat
E. Clasa III NYHA cuprinde pacienții cu simptome în repaus

23. **Moleculele vasodilatatoare de contrareglare NU cuprind:** (175)
A. Adrenomedulina
B. Apelina
C. Endotelinele
D. NO
E. Peptidele natriuretice

24. **Care din următoarele afirmații referitoare la explorările în ICC NU este adevărată:** (178)
A. Ecografia transesofagiană se efectuează la pacienți cu boli cardiace congenitale și valvulopatii complexe
B. Biopsia endomiocardică se efectuează pentru stabilirea bolilor infiltrative miocardice
C. Un test de efort maximal, fără simptome, la un pacient fără terapie nu infirmă diagnosticul de insuficiență cardiacă
D. Radiografia toracică identifică prezența cardiomegaliei și a congestiei venoase pulmonare
E. Coronarografia este indicată la pacienții cu factori de risc pentru boală coronariană și disfuncție sistolică de ventricul stâng

25. **Referitor la tratamentul în șocul cardiogen NU este adevărat:** (193)
A. Levosimendanul este un inhibitor de fosfodiesterază care împiedică degradarea AMPc
B. Epinefrina se administrează în perfuzie lentă în formele rezistente sau în bolus la debutul resuscitării
C. Dopamina crește contractilitatea miocardică și debitul cardiac prin stimularea receptorilor βadrenergici
D. Angioplastia primară coronariană este de elecție în șocul cardiogen determinat de infarctul de miocard
E. Dispozitivele mecanice au un efect superior balonului de contrapulsație intraaortică

26. **Referitor la tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen NU este adevărat:** (191)
A. Digitala se administrează în edemul pulmonar cardiogen pentru controlul frecvenței cardiace la pacientul cu fibrilație atrială
B. Dozele mari de morfină pot produce depresie respiratorie în special la vârstnici
C. Vasodilatatoarele sunt recomandate pacienților cu stenoze valvulare
D. Asocierea diureticelor tiazidice este recomandată în special în edemul pulmonar de cauză coronariană
E. Spironolactona este recomandată în edemul pulmonar de cauză coronariană

27. **Care din următoarele afirmații referitoare la clasificarea ICA este ADEVĂRATĂ:** (187)
A. Edemul pulmonar acut prezintă semne de insuficiență cardiacă și hipertensiune arterială cu funcția ventriculului stâng relativ păstrată
B. Insuficiența cardiacă acută decompensată poate fi de novo dacă pacientul are istoric de disfuncție cardiacă
C. Șocul cardiogen este definit prin persistența hipoperfuziei țesuturilor indusă de insuficiența cardiacă după corecția postsarcinii
D. Insuficiența cardiacă acută decompensată prezintă semne și simptome care nu îndeplinesc criteriile pentru edem pulmonar, criză hipertensivă sau șoc cardiogen
E. Insuficiența cardiacă dreaptă izolată se caracterizează prin sindromul de debit cardiac scăzut, cu detresă respiratorie severă, raluri de stază și ortopnee

28. **Care din următoarele NU este factor precipitant pentru insuficiența cardiacă acută:** (187)
A. Hipotiroidismul
B. Anemia
C. Pneumonia
D. Stenoze valvulare
E. Sindroame coronariene acute

29. **Referitor la tratamentul cardiomiopatiei dilatative NU este adevărat:** (199)
A. Betablocantele reprezintă tratamentul inițial pentru orice pacient cu CMD idiopatică simptomatică
B. Diureticele se pot administra cu moderație pentru controlul retenției hidrosaline
C. Amiodarona în doze mici pe termen lung este eficientă în reducerea aritmiilor ventriculare
D. Cardiomiopatia dilatativă idiopatică rămâne principala indicație de transplant cardiac
E. Terapia de resincronizare poate fi luată în considerare la pacienții cu BRS, insuficiență cardiacă clasa III NYHA refractară la tratamentul maximal și FEVS <35%

30. **Referitor la examenul fizic în cardiomiopatia hipertrofică obstructivă NU este adevărat:** (201)
   A. Suflul sistolic de ejecție apare în prezența gradienților intraventriculari
   B. Apare un suflu holosistolic apical cu iradiere în axilă
   C. Impulsul atrial stâng palpabil apare în absența gradienților intraventriculari
   D. Pulsul venos jugular amplu apare în absența gradientilor intraventriculari
   E. Suflul sistolic apical sau mezocardial apare în absența gradienților intraventriculari

31. **Referitor la clasificarea cardiomiopatiei restrictive NU este adevărat:** (204)
   A. Endocardita Loffler este o formă primară de CMR
   B. Boalile infiltrative sunt forme secundare de CMR
   C. Sindromul hipereozinofilic face parte din cauzele obliterative de CMR
   D. Boala Fabry este o tezaurismoză
   E. Metastazele miocardice sunt forme obliterative de CMR

32. **Referitor la manifestările ECG din cadrul cardiomiopatiei hipertrofice este ADEVĂRAT:** (201)
   A. Apare frecvent hipertrofia de ventricul drept
   B. Apariția de TV nesusținute la monitorizarea Holter crește riscul morții subite
   C. Pot apărea unde Q în derivațiile anterioare (V1-V6)
   D. Poate apărea supradenivelare concavă de segment ST-T
   E. Frecvent apare BRS

33. **Definirea cardiomiopatiei dilatative NU include:** (195)
   A. DTDVS peste 2.7cm/m^2
   B. FE a ventriculului stâng sub 45% determinată ecocardiografic
   C. FE a ventriculului stâng sub 45% determinată radionuclear
   D. Fracția de scurtare a ventriculului stâng sub 25%
   E. Fracția de scurtare a ventriculului stâng peste 25%

34. **Care din următoarele afirmații referitoare la clasificarea aritmiilor NU este adevărată:** (208)
   A. Disociația atrioventriculară este o aritmie supraventriculară
   B. Blocul sinoatrial este o aritmie sinusală
   C. Blocul atrioventricular este o tulburare de conducere
   D. Fibrilația atrială este o aritmie supraventriculară
   E. Wandering pacemaker este o aritmie sinusală

35. **Care din următoarele afirmații referitoare la clasificarea aritmiilor este ADEVĂRATĂ :** (209)
   A. Aritmiile ventriculare au mereu QRS larg
   B. Aritmiile supraventriculare au mereu QRS îngust
   C. Aritmia nesusținută durează sub 1 minut
   D. În funcție de cauza generatoare se împart în tahiaritmii și bradiaritmii
   E. În funcție de mecanismul de producere se împart în cardiace, extracardiace și iatrogene

36. **Referitor la tahicardiile paroxistice supraventriculare NU este adevărat:** (210)
A. Apare cel mai frecvent pe cord cu sechele post infarct
B. Se prezintă ca episoade de palpitații cu debut și sfârșit brusc
C. Terminarea tahicardiei se face prin masaj carotidian sub control ECG
D. Accesele sporadice de tahicardie supraventriculară dacă nu prezintă simptome nu se profilactizează
E. Tratamentul curativ constă în ablația cu radiofrecvență a căii lente

37. **Referitor la extrasistolia ventriculară este ADEVĂRAT:** (218)
A. Din punct de vedere al asocierii pot fi izolate, bigeminate, trigeminate sau cvdrigeminate
B. Din punct de vedere al frecvenței sunt unice, duble, triple sau cu tendință la organizare spre TV
C. La pacienții cu extrasistole monomorfe frecvente, cu salve de tahicardie ventriculară nesusținută este obligatoriu tratamentul betablocant
D. În infarctul miocardic acut lidocaina în bolus urmată de perfuzie este recomandată pentru terminarea extrasistolelor
E. În miocardite tratamentul extrasistolelor ventriculare se face cu amiodaronă și se recomandă continuarea acesteia înca 2-3 luni

38. **Referitor la *pacemaker* NU este adevărat:** (222)
A. Poziția IV indică prezența *pacing*-ului *multisite*
B. Poziția I corespunde camerei stimulate
C. Poziția II corespunde camerei unde are loc detecția stimulului
D. Poziția III corespunde tipului de răspuns la detecția unui stimul
E. Poziția IV indică prezența modulării de frecvență

39. **Referitor la blocurile atrioventriculare este ADEVĂRAT:** (227)
A. Cel mai frecvent sunt cauzate de ischemia cronică
B. Blocul atrioventricular tip II Mobitz I constă în alungirea progresivă a intervalului PR până la apariția unei unde P blocate
C. Blocul AV de grad înalt este o formă severă a blocului de grad II în care ≥2 unde P sunt blocate
D. Crizele sincopale sunt caracterizate prin faptul că se produc mai frecvent la trecerea din clino în ortostatism
E. La ascultația cordului se poate auzi zgomotul 4 "de tun"

40. **Care din următoarele afirmații referitoare la fibrilația atrială NU este adevărată:** (214-216)
A. Digoxina controlează bine frecvența numai în repaus, nu și în timpul efortului
B. Menținerea ritmului sinusal este facută cel mai eficient cu amiodaronă la pacienții fără infarct
C. Cardioversia electrică se realizează cu un șoc inițial de 200 Joule
D. Tratamentul intervențional are la bază izolarea cu radiofrecvență a venelor pulmonare la nivelul atriului stâng
E. Fibrilația paroxistică nu durează mai mult de 7 zile

41. **NU este cauză structurală de stop cardiac:** (229)
A. Cardiomiopatia hipertrofică obstructivă
B. Sindrom WPW
C. Displazia aritmogenă de ventricul drept
D. Sincopa neurocardiogenă
E. Boala coronariană ischemică

42. **Care din următoarele afirmații referitoare la manifestările ECG din stenoza aortică este adevărată:** (240)
A. Fibrilația atrială este frecventă
B. Apare dilatarea atriului stâng
C. Apare hipetrofia de ventricul drept
D. Pot apărea tulburări de conducere
E. Se observă o supraîncărcare de volum a ventriculului stâng

43. **Referitor la manifestările clinice din insuficiența mitrală NU este adevărat:** (237)
A. În insuficiența mitrală cronică apare fatigabilitatea, dispneea și angina
B. Pot apărea stări lipotimice sau sincope
C. Emboliile periferice sunt mai rare comparativ cu stenoza mitrală
D. În insuficiența mitrală acută se conturează un tablou de edem pulmonar acut
E. Pot apărea palpitațiile

44. **Referitor la ascultația în insuficiența aortică NU este adevărat:**(242)
A. Frecvent zgomotul 3 este prezent în insuficiența aortică severă
B. Este prezent un suflu diastolic care se accentuează la aplecarea în față
C. Poate apărea uruitura diastolică mitrală
D. Zgomotul 1 este diminuat
E. Frecvent zgomotul 4 este prezent în insuficiența aortică severă

45. **Referitor la examenul clinic în insuficiența mitrală NU este ADEVĂRAT:** (237)
A. La ascultație este prezent un suflu holosistolic apical cu iradiere în axilă
B. Zgomotul 1 este diminuat
C. Zgomotul 2 este dedublat
D. Se poate auzi o uruitură diastolică în insuficiența severă
E. Poate apărea clacmentul de deschidere al mitralei

46. **Tratamentul chirurgical al stenozei aortice este indicat în următoarele situații:** (241)
A. Stenoza aortică severă asimptomatică care devine simptomatică în timpul testului de efort
B. În stenoza aortică moderată simptomatică
C. În stenoza aortică cu aria valvei sub 2 cm^2 și asimptomatică
D. Stenoza aortică strânsă și asimptomatică cu funcție a ventriculului stâng normală

E. Stenoza aortică strânsă asimptomatică care nu devine simptomatică în timpul testului de efort

47. **Referitor la stenoza mitrală NU este adevărat:** (236)
A. Stenoza critică este sub 1cm²
B. Tratamentul chirurgical este indicat la pacienții cu aria valvei mitrale sub 1.5cm² și cu contraindicații la valvuloplastie
C. Principala complicație este reprezentată de fibrilația atrială
D. Tratamentul de elecție este valvuloplastia percutană cu balon
E. Tratamentul chirurgical constă cel mai frecvent în comisurotomie pe cord închis sau deschis

48. **Contraindicațiile valvuloplastiei percutane cu balon în stenoza mitrală NU includ:** (236)
A. Aria orificiului peste 1.5 cm²
B. Prezența trombilor intraatriali
C. Calcifieri severe ale valvei mitrale
D. Regurgitare mitrală moderată
E. Prezența fuziunii comisurilor

49. **Care din următoarele microorganisme fac parte din etiologia endocarditei infecțioase cu hemoculturi pozitive:** (247)
A. Bacili gram negativi din grupul HACEK
B. Brucella
C. Bartonella
D. Streptococi orali
E. Fungii

50. **Care din următoarele NU reprezintă complicații ale pericarditei acute:** (252)
A. Recurența
B. Cronicizarea
C. Evoluția spre pericardita cronică adezivă
D. Tamponada pericardică
E. Evoluția spre pericardita cronică constrictivă

Complement multiplu:

51. **Iradierea tipică a durerii în angina stabilă NU include:** (106)
A. Iradiere în mandibulă
B. Iradiere latero-toracică stângă
C. Iradiere dorsală
D. Iradiere în brățară
E. Iradiere interscapulovertebrală stângă

52. **Caractere atipice pentru angina pectorală stabilă sunt:** (106)
A. Durere retrosternală cu caracter de opresiune sau greutate
B. Dureri accentuate cu mișcarea sau respirația

C. Dureri persistente care nu cedează dupa 5-10 min la administrarea de nitroglicerină
D. Durere ce iradiază în umeri
E. Durere ce ține câteva secunde

53. **Referitor la tratamentul anginei pectorale stabile NU sunt adevărate:** (110)
A. Betablocantele trebuie administrate în prima linie în terapia antianginoasă
B. IECA sunt recomandate pacienților care asociază diabet zaharat, hipotensiune sau FEVS <40%
C. Nicorandilul este un inhibitor de curent If
D. Ivabradina este un activator de canale de K
E. Aspirina se recomandă indefinit pentru prevenția infarctului de miocard

54. **Diagnosticul diferențial al anginei pectorale stabile include:** (108)
A. Afecțiuni cardiace: pericardita, endocardita, sindrom Tietze
B. Tulburări digestive: boală Crohn, pancreatita acută
C. Afecțiuni pleuropulmonare: trombembolism, pleurita, pleurezia
D. Afecțiuni musculoscheletale: costocondrita, compresia plexului cervical prin coasta cervicală
E. Afecțiuni psihiatrice: hiperventilația, depresia, tulburări somatiforme.

55. **Clasificarea canadiană funcțională NU include:** (107)
A. CC I: pacienții pot face efort peste 5 METS dar peste 7 METS apare angina
B. CC III: incapacitate de efectuare a activităților de îngrijire
C. CC IV: pacienții nu pot efectua efort peste 2 METS
D. CC II: limitare marcată a activității fizice obișnuite
E. CC I: limitare ușoară a activității fizice obișnuite

56. **Referitor la explorările paraclinice în angina pectorală sunt ADEVĂRATE:** (107)
A. Scintigrafia de repaus se recomandă la pacienții cu ECG de repaus normal și test ECG de efort neconcludent
B. Tomografia computerizată cardiacă permite calculul scorului de calciu, corelat cu încărcătura ATS coronariană
C. Testul ECG de efort se realizează la pacienții cu ECG de repaus normal și probabilitate moderată de boală coronariană
D. Prezența undelor Q patologice în mai multe derivații, BAV III, BRS și a aritmiilor ventriculare la ECG de repaus sunt factori de prognostic negativ
E. Coronarografia ca primă metodă de evaluare se recomandă pacienților cu risc înalt

57. **Referitor la angina microvasculară NU sunt adevărate:** (112)
A. Se mai numește și sindromul X coronarian
B. Are o relație inconstantă cu modificările ECG și un răspuns lent la nitroglicerină
C. Nitrații cu durată lungă reprezintă terapia standard

D. Determinarea rezervei de flux coronarian prin metode invazve reprezintă standardul de diagnostic
E. Testele de inducere a ischemiei miocardice sunt contraindicate

58. **Referitor la angina Prinzmetal sunt ADEVĂRATE următoarele:** (115)
A. Este produsă prin spasmul unei artere epicardice mari
B. Afectarea coronarei drepte produce cel mai frecvent tahicardie ventriculară
C. Afectarea arterei interventriculare anterioare produce cel mai frecvent blocuri
D. Cele mai importante complicații sunt infarctul de miocard și aritmiile ventriculare
E. Betablocantele în monoterapie sunt contraindicate

59. **Referitor la insuficiența mitrală ischemică NU sunt adevărate următoarele:** (117)
A. Insuficiența mitrală ischemică acută determină congestie pulmonară acută prin supraîncărcarea bruscă de volum a atriului stâng
B. Insuficiența mitrală ischemică cronică determină în timp hipertrofie excentrică de ventricul stâng și insuficiență cardiacă
C. Tratementul medicamentos este de primă intenție în insuficiența mitrală ischemică acută
D. La pacienții cu insuficiență mitrală ischemică cronică, formă moderată, se recomandă protezarea valvulară si by-pass-ul aortocoronarian
E. La pacienții cu insuficiență mitrală ischemică acută se recomandă tratament chirurgical în urgență.

60. **Referitor la angina Prinzmetal sunt ADEVĂRATE următoarele:** (114-115)
A. Revascularizarea prin angioplastie coronariană este recomandată în cazurile cu vasospasm refractar la tratament și cu leziuni aterosclerotice ușoare-moderate
B. Revascularizarea miocardică chirurgicală oferă beneficii la <50% din pacienți
C. Nitrații nu tratează eficient episoadele de angină
D. Angina apare de obicei în a doua parte a nopții și durează mai mult de 30 min
E. În cadrul testelor de provocare, administrarea intracoronariană a ergonovinei este de preferat

61. **Referitor la ischemia silențioasă sunt ADEVĂRATE următoarele:** (112-113)
A. Prezența episoadelor ischemice nocturne indică o afectare bi sau tricoronariană
B. Coronarografia este indicată la pacienții cu risc înalt
C. Betablocantele sunt cele mai eficiente în scăderea duratei episoadelor de ischemie
D. Monitorizarea Holter ECG oferă informații diagnostice importante și ajută la stratificarea riscului
E. Are ca substrat fiziopatologic spasmul arterial

62. **Referitor la angina microvasculară NU sunt adevărate următoarele:** (112)
A. Are etiologie multifactorială
B. Substituția estrogenică reduce semnificativ durata episoadelor

C. Pentru diagnostic este necesar cel puțin un test de inducere al ischemiei miocardice
D. Nicorandilul si trimetazidina nu reduc frecvența episoadelor anginoase
E. Coronarografia este obligatorie doar la pacienții cu risc crescut

63. **Contraindicațiile absolute ale tratamentului fibrinolitic în STEMI sunt:** (127)
A. Accidente ischemice tranzitorii în ultimile 6 luni
B. AVC documentat ca ischemic în ultimile 6 luni
C. Afecțiuni hepatice severe
D. Ulcer peptic activ
E. Puncții în zone necompresibile în ultimile 24 de ore

64. **NU sunt contraindicații absolute în STEMI următoarele:** (127)
A. Sângerarea gastrointestinală în ultima lună
B. Menstruația
C. Disecția de aortă
D. Tratamentul anticoagulant oral
E. Resuscitarea cardiacă prelungită

65. **Contraindicațiile relative ale tratamentului fibrinolitic NU sunt:** (127)
A. Hemoragia intracraniană în antecedente
B. Ulcerul peptic activ
C. Sarcina
D. Malformațiile arteriovenoase ale sistemului nervos central
E. Traumatismul major în ultimile 3 săptămâni

66. **Referitor la tratamentul STEMI sunt ADEVĂRATE următoarele:** (128-129)
A. Tratamentul fibrinolitic este luat în considerare când angioplastia primară nu poate fi efectuată în primele 2 ore de la primul contact medical
B. Revascularizarea chirurgicală poate fi o soluție la pacienții cu STEMI și complicații mecanice
C. Reperfuzia se poate face mecanic sau farmacologic
D. Pacienții cu STEMI la care se efectuează angioplastie primară trebuie să primească obligatoriu asociere de aspirină și abciximab
E. Pacienții cu STEMI la care se efectuează angioplastie primară trebuie să primească tratament cu fondaparină

67. **Referitor la complicațiile STEMI NU sunt adevărate următoarele:** (131-133)
A. Anevrismul ventriculului stâng apare ca urmare a infarctelor anterioare prin proces de remodelare al ventriculului stâng
B. În tratamentul infarctului de ventricul drept se recomandă IECA, Beta blocantele și nitrații pentru reducerea presarcinii
C. Complicațiile mecanice sunt reprezentate de ruptura peretelui liber ventricular, ruptura septului interatrial și ruptura de mușchi papilar
D. Extrasistolele ventriculare si tahicardia ventriculară nesusținută au risc crescut de fibrilație ventriculară

E. În șocul cardiogen este necesară terapia inotrop pozitivă pentru a menține o TA>90 mmHg

68. **Referitor la complicațiile STEMI sunt ADEVĂRATE următoarele:** (131-133)
A. Pericardita acută necesită corticoterapie
B. BAV asociat STEMI anterior este mai frecvent localizat infranodal și se asociază cu ritm de scăpare instabil
C. În bradicardia sinusală cu degradare hemodinamică se recomanda atropina i.v.
D. În insuficiența cardiacă clasa Killip II se recomandă terapia inotrop pozitivă
E. Ruptura completă de mușchi papilar este incompatibilă cu viața

69. **Terapia medicală în tratamentul STEMI NU include:** (130)
A. Administrarea Betablocantelor i.v. în faza acută a STEMI
B. Atorvastatina pentru a menține LDL-colesterolul >70 mg/dl
C. Folosirea Eplerenonei în terapia postSTEMI în condiții de disfuncție a ventriculului stâng sau diabet zaharat
D. IECA se recomandă în primele 24 ore
E. Folosirea nitratilor i.v. este recomandată de rutină

70. **Tratamentul asociat terapiei de reperfuzie în STEMI include:** (128-129)
A. Asocierea de aspirină și ticagrelor la pacienții cu STEMI la care s-a efectuat angioplastie primară
B. Asocierea de aspirină și clopidogrel la pacienții cu STEMI la care s-a efectuat fibrinoliză
C. Administrarea de rutină a inhibitorilor de glicoproteină IIa/IIIb este benefică
D. Tratamentul anticoagulant asociat angioplastiei primare include: heparina nefracționată, enoxaparina și bivalirudina
E. Administrarea inhibitorilor de glicoproteină IIa/IIIb este indicată în prezența unui tromb masiv intracoronarian

71. **Despre tratamentul fibrinolitic în STEMI sunt ADEVĂRATE:** (128)
A. Este tratamentul de elecție
B. Agenți fibrinolitici fibrin specifici sunt Streptokinaza și Urokinaza
C. Persistența anginei și absența rezoluției supradenivelării de ST-T sunt indicatori ai fibrinolizei eșuate
D. Rezoluția segmentului ST-T la 60-90 min și aritmiile tipice de reperfuzie reprezintă markeri de succes ai fibrinolizei
E. Coronarografia este indicată tuturor pacienților post fibrinoliză în decurs de 3-24 de ore

72. **Referitor la markerii de necroză miocardică sunt ADEVĂRATE următoarele:** (123-124)
A. Troponina I se normalizează între 5-10 zile
B. CK-MB atinge concentrația maximă (fără reperfuzie) în 24 ore
C. Troponinele apar în sânge între 3-12 ore de la prezentare
D. Troponinele cresc numai în infarctul de miocard

E. Măsurarea troponinelor se realizează la prezentare, 3-6 ore şi 12 ore de la determinarea inițială

73. **Diagnostiul diferențial al STEMI NU se face cu:** (125)
A. Pericardita cronică
B. Disecția acută de aortă
C. Pneumotoraxul spontan
D. Pielonefrita acută
E. Hepatita acută

74. **Referitor la prezentarea clinică în STEMI NU sunt adevărate:** (120-121)
A. Infarctul de perete anterior al ventriculului stâng se asociază frecvent cu bradicardie, hipotensiune şi manifestări gastrointestinale
B. Prezența unui suflu sistolic mitral indică o regurgitare mitrală sau ruptură de sept interventricular
C. Tensiunea arterială sub 90mmHg fără semne de hipoperfuzie este caracteristică șocului cardiogen
D. In disfuncția ventriculului stâng apare zgomotul 4
E. Infarctul de perete inferior prezintă semne de activare simpatică: hipertensiune și tahicardie

75. **Diagnosticul diferenţial al SCA NU include:** (141)
A. Endocardita
B. Miocardita
C. Pericardita
D. Takayasu
E. Cardiomiopatia Tako-tsubo

76. **Cauze de creştere a troponinelor sunt:** (140)
A. Accidentul vascular cerebral sau hemoragia subarahnoidiană
B. Disecția de aortă
C. Cardiomiopatia Tako-Tsubo
D. Pacienții critici cu sepsis
E. Pericardita

77. **Clasificarea Braunwald a anginei pectorale include:** (138)
A. Tip I: angină cu debut recent, sever
B. Tip II: angină pectorală în repaus apărută în ultima lună (fără episoade în ultimile 48 ore)
C. Tip II: angină cu debut recent fără durere în repaus în ultimile luni
D. Tip III: angină pectorală în repaus și acută
E. Tip III: angină pectorală în repaus aparută în ultima lună (fără manifestări în ultimile 48 ore)

78. **Reprezintă risc crescut în SCA non-ST următoarele:** (142)
A. Prezenţa de galop ventricular, raluri noi sau agravate
B. Hipertensiune, tahicardie sau aritmii ventriculare maligne

C. Vârsta <70 de ani
D. BRS sau BRD nou apărute
E. Unde Q patologice sau subdenivelare ST <1mm in mai multe derivaţii

Referitor la medicaţia antiplachetară în SCA non-ST sunt ADEVĂRATE următoarele: (144)
A. Aspirina inhibă COX 1, creşte producţia de TX A2 şi induce inhibiţie plachetară temporară
B. Clopidogrelul intră în acţiune în 2-4 ore şi durează 3-10 zile
C. Prasugrelul intră în acţiune în 30 min şi durează 5-7 zile
D. Ticagrelor intră în acţiune în 30 de min şi durează 3-4 zile
E. Abciximab blochează calea finală a agregării plachetare

Diagnosticul diferential SCA NU include: (141)
A. Pielonefrita acută
B. Colecistita
C. Criza de sicklemie
D. Anevrismul de aortă
E. Ocluzia intestinală

Referitor la SCA non-ST modificările ECG nu includ: (139)
A. Subdenivelare ST
B. Supradenivelare persistentă ST
C. Supradenivelare tranzitorie ST
D. BRS tranzitoriu
E. Apariţia tranzitorie a undei Q

Despre formele atipice de SCA non ST NU sunt adevărate următoarele: (137)
A. Angina de novo are un debut recent (mai putin de 30 de zile) cu risc redus de infarct
B. Angina crescendo este caracterizată de dureri mai intense si mai rapide la eforturi mai mici
C. Angina post infarct precoce apare în prima săptămână de la un infarct
D. Angina de repaus durează sub 15 min si apare de obicei la un pacient fară angina în APP
E. Angina de repaus apare frecvent ziua

Referitor la diagnosticul pozitiv de SCA non-ST sunt ADEVĂRATE următoarele: (137)
A. Se face pe baza anamnezei, ECG-ului de repaus, markeri de necroză
B. Este un diagnostic de excludere
C. Se bazează pe lipsa tranzitorie a unei supradenivelări ST
D. Diferenţierea de angina instabilă o face ECG-ul
E. Are ca şi prezentare clinică durerea toracică

84. **Referitor la fondaparină sunt ADEVĂRATE:** (145)
A. Este anticoagulantul de elecție pentru terapia conservatoare în SCA non-ST
B. Are risc crescut de tromboză intrastent (efect anticoagulant scăzut in vitro)
C. La pacienții programați pentru PCI și pretratați cu fondaparină se recomandă bolus de heparină NF
D. Este contraindicată la un clearence al creatininei sub 60ml/min
E. Necesită monitorizarea aPTT

85. **Referitor la inhibitorii P2Y12 următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:**(143)
A. Blochează legarea ADP si activarea plachetelor
B. Inhibă COX 2
C. Se asociază aspirinei post PCI și tratamentul durează 12 luni
D. Se asociază cu IPP în caz de infecție cu H. pylori, vârstă >75 ani, corticoterapie, tratament cu anticoagulante orale
E. Principalul reprezentant este Abciximabul

86. **La pacienții cu SCA non-ST, coronarografia este recomandată în următoarele situații:** (140)
A. Toti pacienții cu SCA non-ST și risc înalt
B. Pacienți cu angină recurentă și modificări dinamice de ST-T
C. Pacienți cu diagnostic diferențial neclar în pofida explorărilor imagistice
D. Pacienti cu angină pectorală stabilă risc intermediar
E. Pacienți cu SCA non-ST și risc intermediar

87. **Care din următoarele NU sunt cauze de HTA secundară:** (153)
A. Vârsta
B. Pielonefrita cronică
C. Hiperaldosteronismul primar
D. Insuficiența corticosuprarenaliană
E. Hiperparatiroidismul

88. **Referitor la hipertensiunea arterială sunt ADEVĂRATE următoarele:** (150)
A. Este afecțiunea cronică cea mai răspândită în Europa
B. Are o dublă calitate de boală și factor de risc
C. Valoarea diastolică este mai importantă decât cea sistolică
D. Presiunea pulsului la vârstnici este considerată un factor de prognostic semnificativ
E. Forma esențială de HTA are 3 forme: sistolică a adultului tânăr, diastolică a vârstei mijlocii și sistolică a vârstnicului

89. **Referitor la mecanismele HTA esențiale sunt ADEVĂRATE următoarele:** (152)
A. Renina determină conversia angiotensinogenului pulmonar în angiotensină I
B. La hipertensivi curba presiune arterială-natriureză este deplasată spre stânga
C. La nivel renal schimbul Na-Ca este inhibat

D. Sistemul vascular contribuie la patogeneza și progresia HTA prin disfuncția endotelială
E. Catecolaminele sensibilizează răspunsul renal la variațiile volemice

HTA sistolică izolată apare în următoarele afecțiuni: (154)
A. Stenoză aortică severă
B. Boala Paget
C. Hipotiroidism
D. Tireotoxicoză
E. Fistulă arterio-venoasă

Referitor la măsurarea tensiunii arteriale sunt ADEVĂRATE următoarele: (155)
A. La fiecare consult se măsoară tensiunea la ambele brațe
B. Se utilizează zgomotele cardiace pentru identificarea presiunii sistolice și diastolice
C. Se utilizează o manșetă standard de 12-13cm lungime și 13.5 grosime
D. La tineri mereu se măsoară TA și în clinostatism și în ortostatism
E. Este descurajată măsurarea TA de către bolnav cu aparat propriu și calibrat corespunzător dacă acesta prezintă disconfort prin tulburare anxioasă

Care dintre următoarele afirmații referitoare la medicația diuretică în tratamentul HTA NU sunt adevărate: (165)
A. Hidroclorotiazida este un inhibitor al anhidrazei carbonice
B. Furosemidul este recomandat în HTA rezistentă
C. Medicația diuretică în doză redusă potențiază efectul celorlalte clase de medicamente
D. O doză crescută de diuretic pentru a reduce valorile tensiunii cu 20 mmHg poate constitui tratamentul inițial
E. Hidroclorotiazida este cel mai frecvent utilizată în asociere cu Furosemidul

Referitor la măsurile terapeutice nonfarmacologice NU sunt adevărate următoarele: (163)
A. Nicotina duce la creșterea rigidității arteriale, a obezității viscerale și a rezistenței la insulină
B. Pentru reducerea greutății se poate recomanda dieta DASH
C. Consumul de sare trebuie restricționat obligatoriu la sub 5g/zi
D. Se recomandă consumul a 50g etanol pe zi la bărbați si 30g/zi la femei
E. Se recomandă efort fizic intens și de tip izometric

Referitor la tratamentul intervențional în HTA esențială sunt ADEVĂRATE următoarele: (169)
A. Presupune denervare renală prin ablație prin radiofrecvență pe cateter
B. Este indicată în cazul stenozei de arteră renală
C. Este indicată la o rata a filtrării glomerulare sub 45 mL/min/1.73m^2
D. Nu sunt eligibili pacienții cu HTA secundară
E. Este indicată la pacienții cu antecedente de revascularizație renală

95. **Referitor la mijloacele de tratament intervențional sau chirurgical în tratamentul HTA sunt ADEVĂRATE:** (169)
   A. În hipertensiunea renovasculară tratamentul intervențional aduce beneficii certe față de cel medical
   B. În hiperaldosteronismul primar prin adenom Conn se impune tratamentul chirurgical
   C. În cazuri extreme în apneea nocturnă se poate recurge la uvulopalatofaringoplastie
   D. În hipertensiunea renovasculară abordarea intervențională se indică la pacienții cu edeme pulmonare frecvente
   E. În feocromocitom nu este indicată administrarea de fluide preoperator pentru a preveni un puseu hipertensiv.

96. **NU sunt factori de risc cardiovasculari următorii:** (159)
   A. Glicemia peste 198mg/dL după testul de încărcare cu glucoză
   B. Boala arterială periferică
   C. HDL colesterol sub 46mg/dL la femei
   D. Boala cronică de rinichi
   E. Obezitatea abdominală

97. **Referitor la stratificarea riscului în hipertensiunea arterială sunt adevărate următoarele:** (159)
   A. HTA grad III asociată cu 1-2 FR are un risc adițional foarte înalt
   B. TA normal înaltă asociată cu diabet zaharat are un risc adițional înalt
   C. HTA grad II asociată cu 1-2 FR are un risc adițional moderat
   D. HTA grad I asociată cu 1-2 FR are un risc adițional moderat
   E. HTA grad II asociată cu DZ are un risc adițional foarte înalt

98. **Referitor la afectarea subclinică de organ în HTA sunt ADEVĂRATE următoarele :** (159)
   A. Prezența hipertrofiei de ventricul drept
   B. Indice gleznă-braț sub 0.9
   C. Grosimea peretelui carotidian peste 0.9
   D. Microalbuminurie peste 300mg/24 ore
   E. Creșterea cretininei serice între 1.2-1.4 mg/dL la femeie

99. **Referitor la valorile TA peste care se consideră HTA sunt adevărate următoarele cu EXCEPȚIA:** (158)
   A. Valorea medie/24 ore ≥120-130mmHg TA sistolică și ≥80mmHg TA diastolică
   B. Valori medii nocturne ≥130 mmHg TA sistolică și ≥80 mmHg TA diastolică
   C. Valori măsurate în cabinetul medical ≥140 mmHg TA sistolică
   D. Valori măsurate de pacient la domiciliu ≥120 mmHg TA sistolică
   E. Valori diurne ≥135 mmHg TA sistolică

100. **Clasificarea HTA după valorile TA NU include:** (158)
   A. HTA grad II: 140-169 mmHg TA sistolică
   B. HTA normal înaltă: 80-85 mmHg TA diastolică

C. HTA grad I: 85-89mmHg TA diastolică
D. HTA grad I: 160-179 mmHg TA sistolică
E. TA normală: 120-129 mmHg TA sistolică

Care dintre următoarele afirmații referitoare la complicațiile HTA sunt ADEVĂRATE: (162)
A. Fibrilația atrială este cea mai întâlnită aritmie supraventriculară
B. Infarctele lacunare au la bază modificări aterosclerotice
C. Infarctele cerebrale date de arterele mari sunt cauzate de leziuni de lipohialinoză
D. Pacienții hipertensivi cu afectare renală ușoară au o prevalență crescută a leziunii organelor țintă
E. Boala vasculară periferică este definită de un index gleznă-braț peste 0.9

Afectarea clinică de organ în cadrul HTA NU include: (160)
A. Glicemie a jeun între 102-125 mg/dL
B. Nefropatie cu creatinină serică peste 1.4 mg/dL la femeie
C. Retinopatie hipertensivă
D. Hipertrofie de ventricul stâng
E. Insuficiență cardiacă

Stratificarea riscului la pacienții hipertensivi NU include: (159)
A. TA normal înaltă asociată cu boala renală prezintă un risc adițional înalt
B. HTA grad I fără factori de risc prezintă un risc obișnuit
C. HTA grad II cu 1-2 factori de risc prezintă un risc adițional moderat
D. HTA grad III fără factori de risc prezintă un risc adițional foarte înalt
E. TA normală asociată cu o afectare de organ țintă prezintă risc adițional înalt

Diagnosticul HTA include: (158)
A. În primul rând determinarea valorilor TA și apoi stadializare
B. Aprecierea afectării organelor țintă
C. Evaluarea riscului cardiovascular total și a factorilor de risc asociați
D. Indentificarea unei cauze posibile secundare de HTA
E. În primul rând evaluarea afectării organelor țintă

Referitor la tratamentul HTA sunt ADEVĂRATE următoarele: (167)
A. La pacienții cu diabet zaharat și boală cronică de rinichi se recomandă menținerea unei TA sub 130/80 mmHg
B. La pacienții cu boală coronariană dovedită se recomandă menținerea unei TA sub 130/89mmHg
C. La pacienții cu boală coronariană, de primă intenție se recomandă blocantele de calciu non-dihidropiridinice
D. La pacienții cu boală renală, de primă intenție se recomandă IEC
E. Pacienții vârstnici prezintă risc de hipotensiune ortostatică și de interferență medicamentoasă

106. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la medicația în HTA sunt ADEVĂRATE:** (166)
   A. Blocanții receptorilor adrenergici sunt recomandați de primă intenție la pacienții cu adenom de prostată
   B. Methyldopa este tratamentul de elecție în sarcină
   C. Inhibitorii centrali adrenergici sunt Rezorcina și Guanetidina
   D. Inhibitorii adrenergici care acționează la nivel neuronal sunt Clonidina și Methyldopa
   E. Hidralazina este un vasodilatator direct

107. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul în HTA NU sunt adevărate:** (164)
   A. Ghidurile recomandă inițierea tratamentului la persoanele cu HTA grad I risc adițional mediu
   B. Ghidurile recomandă inițierea imediată a tratamentului la TA peste 160/100mmHg
   C. La toate vârstele la valori peste 160/100mmHg ale TA se recomandă asocierea a 2 clase de medicamente dintre care obligatoriu este și un betablocant
   D. La pacienții cu vârsta între 60-80 ani și TAS peste 160mmHg și TAD sub 90mmHg se indică un diuretic în doză mică
   E. La valori ale TA între 120-129 TAS și sub 80mmHG TAD se recomandă monitorizarea valorilor TA la domiciliu

108. **Referitor la complicațiile HTA sunt ADEVĂRATE următoarele:** (161)
   A. În boala cardiacă ischemică o TA diastolică sub 75mmHg este benefică
   B. Fibrilația ventriculară este cea mai frecventă aritmie ventriculară din cadrul HTA și apare mai frecvent la pacienții cu hipertrofie de ventricul stâng
   C. În boala cerebrovasculară este foarte importantă relația HTA-colesterol-ateroscleroză
   D. În cazul insuficienței cardiace riscul este mai mult legat de TAS decât de TAD
   E. La pacienții diabetici cu cât se reduce mai mult TA cu atât mai mult scade riscul cardiovascular

109. **Referitor la evaluarea extensivă efectuată de către specialist în cadrul HTA sunt ADEVĂRATE următoarele:** (157)
   A. Căutarea HTA secundare: renală, aldosteron, cortizol, catecolamine urinare și serice
   B. Valorile reninei serice după o oră de la ingestia de Captopril dacă se suspecteaza hiperaldosteronism primar
   C. Valorile reninei serice și ale aldosteronului dacă se suspectează hipertensiune arterială reno-vasculară
   D. Ultrasonografie renală și adrenală
   E. Radiografie toracică dacă se suspectează insuficiență cardiacă sau disecție de aortă

110. **Indicatori de hipertensiune arterială secundară sunt:** (155)
   A. Istorie familială de boală renală
   B. Noduli Lisch ai irisului sugestivi pentru neurofibromatoză
   C. Neurofibroamele indică adenom Conn
   D. Episoade de transpirații, cefalee, anxietate, sugerează feocromocitom
   E. Istoric de infecții urinare, hematurie, abuz de analgezice, sugerează boală parenchimatoasă renală

111. **Medicamente ce pot cauza HTA sunt următoarele cu EXEPȚIA:** (155)
   A. Carbenoxolona
   B. AINS
   C. Eplerenona
   D. Opioidele
   E. Contraceptivele orale

112. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la Digoxin sunt ADEVĂRATE:** (182)
   A. Are efect inotrop pozitiv prin inhibiția pompei Na/K
   B. Este recomandat la pacienții cu FE sub 35% și simptome persistente în ciuda terapiei cu betablocante, IECA sau ARA și antialdosteronice
   C. Este recomandat pentru controlul frecvenței la pacienții cu IC și fibrilație atrială paroxistică
   D. Prezintă ca și efecte adverse: tahicardie atrială, ventriculară și fibrilație atrială
   E. Disfuncția renală, pulmonară și hipotiroidia cresc riscul de supradozaj

113. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul insuficienței cardiace cronice NU sunt adevărate:** (181)
   A. Efectele adverse ale IECA sunt tusea seacă, disfuncția renală, hipotensiunea și hiperpotasemia
   B. Ivabradina este recomandată la pacienți cu insuficiență cardiacă în ritm sinusal, care nu pot tolera IECA
   C. Combinația hidralazină-izosorbid dinitrat este indicată la pacienții cu FE≤45% și VS dilatat, cu simptome persistente (NYHA II-IV) în ciuda terapiei cu beta blocante, IECA și antialdosteronice
   D. Diureticele tiazidice au efect rapid și de scurtă durată
   E. Beta blocantele se încep în doze mici care vor fi dublate după 4-8 săptămâni, în funcție de frecvența cardiacă, TA și simptomele de IC

114. **Substanțele vasoconstrictoare produse în exces în ICC sunt:** (175)
   A. Adrenomedulina
   B. Apelina
   C. Neuropeptidul Y
   D. Urotensina II
   E. Bradikinina

115. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la etiologiile posibile ale insuficienței cardiace NU sunt adevărate:** (174)
   A. Stenozele valvulare au ca și mecanism suprasolicitarea de volum
   B. În amiloidoză scade umplerea cardiacă
   C. În amiloidoză scade eficiența contractilă a miocardului
   D. Șunturile intracardiace au ca și mecanism suprasolicitarea de presiune
   E. Antraciclinele scad eficiența contractilă a miocardului

116. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la clasificarea ACC/AHA a insuficienței cardiace sunt ADEVĂRATE:** (174)
   A. Stadiul A cuprinde pacienții fără simptome, dar cu boală structurală cardiacă puternic asociată cu risc de a dezvolta ICC
   B. Stadiul C cuprinde pacienții cu simptome și semne de ICC
   C. Stadiul D cuprinde pacienții cu simptome severe în ciuda terapiei maximale, dar fără boală cardiacă structurală
   D. Stadiul B cuprinde pacienții cu hipertrofie de ventricul stâng, infarct de miocard și valvulopatii asimptomatice
   E. Stadiul A cuprinde pacienții cu diabet zaharat, hipertensiune arterială și cardiopatie ischemică cronică

117. **Terapia de resincronizare cardiacă este indicată în următoarele situații:** (185)
   A. Pacienților în RS cu ICC și simptome severe în ciuda unei terapii farmacologice adecvate , cu aspect de BRS și durata QRS ≥120 ms, cu FE≤35% și speranță de supraviețuire de minim 1 an cu status funcțional bun
   B. Pacienților în clasa II NYHA cu FE ≤35%, cu durata QRS ≥150ms, indiferent de morfologia QRS
   C. Pacienților în clasele III-IV NYHA, cu FE≤35%, indiferent de durata QRS care au nevoie de cardiostimulare
   D. Pacienților în clasele III-IV NYHA cu FE ≤35% și durata QRS≥120ms care au nevoie de cardiostimulare
   E. Pacienților în clasa III-IV NYHA cu FE≤35%, cu durata QRS ≥150ms, indiferent de morfologia QRS

118. **Referitor la indicațiile de tratament în insuficiența cardiacă cronică NU sunt adevărate următoarele:** (182)
   A. IECA sunt recomandate împreună cu un betablocant la pacientul cu FE≤40%
   B. Antialdosteronicele sunt recomandate pacienților cu simptome persistente și o valoare a FE≤40% deja în terapie cu IECA sau beta blocante
   C. Diureticele sunt medicamente indispensabile pentru pacientul cu ICC
   D. Combinația hidralazină și izosorbid dinitrat poate fi considerată ca o alternativă la IECA, în caz de intoleranță, la pacienții cu FE≤45% fără VS dilatat
   E. Ivabradina este indicată pacienților cu FE≤35% în ritm sinusal și frecvență cardiacă ≥70 bătăi pe minut, care au simptome persistente în ciuda terapiei cu doze maxime tolerate de IECA , beta blocant și antialdosteronic

119. **Referitor la peptidele natriuretice sunt ADEVĂRATE următoarele:** (177)
   A. La pacienții cu agravare acută a simptomelor, valoarea BNP sub 100pg/ml exclude ICC.
   B. Se dozează numai NT-proBNP
   C. La pacienții cu simptomatologie cu debut progresiv valori ale NT-proBNP sub 300pg/ml exclud ICC
   D. La pacienții cu simptomatologie cu debut progresiv valori ale NT-proBNP sub 125pg/ml exclud ICC
   E. ICC la pacienții cu simptomatologie cu debut acut este exclusă la valori ale NT-proBNP sub 500pg/ml

120. **Referitor la semnele și simptomele insuficienței cardiace cronice NU sunt adevărate:** (177)
   A. Dispneea apare secundar scăderii debitului cardiac
   B. Oboseala la efort fizic este cauzată de creșterea presiunii venocapilare pulmonare
   C. Ralurile sibilante și ronflante sunt frecvent întâlnite secundar acumulării de lichid în alveole
   D. Galopul protosistolic este specific insuficienței cardiace
   E. Nicturia apare consecutiv diminuării vasoconstricției renale în timpul nopții

121. **Referitor la implantarea unui defibrilator cardiac sunt ADEVĂRATE următoarele:** (184)
   A. Este indicată în prevenția secundară la pacienții cu aritmii ventriculare (tahicardie ventriculară, fibrilație ventriculară) care au produs instabilitate hemodinamică
   B. Este indicată în prevenția secundară la pacienți cu ICC în clasele NYHA II-III, cu FE ≤45%, în ciuda terapiei optime farmacologice de peste 6 luni
   C. Implantarea unui defibrilator cardiac a produs o reducere spectaculoasă a mortalității aritmice în ICC
   D. În prevenția primară la pacienții cu aritmii ventriculare care nu au produs instabilitate hemodinamică
   E. În prevenția primară la pacienții cu ICC în clasele II-III NYHA și FE≤35% în ciuda terapiei optime farmacologice peste 3 luni

122. **Referitor la tratamentul nonfarmacologic în insuficiența cardiacă cronică sunt ADEVĂRATE următoarele:** (179)
   A. Se recomandă un regim hiposodat, cu reducerea aportului de sare la 3-4.5 g/zi
   B. Se recomandă consumul a minim 2L de lichide pe zi în formele severe de insuficiență cardiacă
   C. Se recomandă vaccinarea antipneumococică
   D. Trebuie evitate blocantele de calciu nondihidropiridinice
   E. Trebuie evitate blocantele de calciu dihidropiridinice

123. **Referitor la fiziopatologia insuficienței cardiace sunt adevărate următoarele cu EXCEPȚIA:** (175)
   A. Activarea sistemului nervos simpatic duce la menținerea perfuziei în teritoriile vitale: rinichi, mușchi, cord și creier
   B. În ICC se produce o desensibilizare și o scădere a numărului de receptori β
   C. Angiotensina II determină vasoconstricția arteriolei aferente și vasodilatația arteriolei eferente
   D. Sistemul nervos simpatic determină activarea unor gene apoptotice
   E. Aldosteronul determină creșterea absorbției de sare și apă la nivelul tubului contort proximal

124. **Printre factorii agravanți de cauză cardiacă în ICC sunt:** (175)
   A. Trombembolismul pulmonar
   B. Medicația inotrop negativă
   C. Infarctul de miocard
   D. Criza hipertensivă
   E. Endocardita infecțioasă

125. **Referitor la efectele adverse ale medicației utilizate în ICC NU sunt adevărate:** (182-183)
   A. Principale efecte adverse ale beta blocantelor sunt agravarea insuficienței cardiace, hipotensiunea simptomatică și bradicardia excesivă
   B. Efectele adverse ale antialdosteronicelor sunt disfuncția renală, tusea, hiperkalemia și ginecomastia (spironolactona)
   C. Ivabradina induce vederea colorată în galben
   D. Digoxinul asociază frecvent fosfene, cefalee și confuzie
   E. Diureticele determină hiperuricemie, dislipidemie și insulino-rezistență

126. **Referitor la contraindicațiile medicației utilizate în ICC sunt ADEVĂRATE:** (182)
   A. IECA sunt contraindicate când există istoric de angioedem, creatinină serică ≥2.5mg/dl, hiperpotasemie ≥5mmol/l și stenoză bilaterală de arteră renală
   B. Antialdosteronicele sunt contraindicate în stenoza bilaterală de arteră renală, hiperpotasemie ≥5mmol/l și creatinina≥2.5 mg/dl
   C. Betablocantele sunt contraindicate în astm bronșic și boala de nodul sinusal
   D. Digoxinul este contraindicat în sindromul de preexcitație
   E. Digoxinul este contraindicat în bolile pulmonare severe, disfuncție renală și hipotiroidism

127. **Referitor la edemul pulmonar acut cardiogen NU sunt adevărate următoarele:** (188)
   A. Este afectat procesul de hematoză
   B. Este un sindrom ce grupează semne și simptome datorate hipoperfuziei periferice
   C. Auscultația decelează galop protosistolic
   D. Tirajul prezent reflectă presiunile intrapleurale negative mari
   E. Dacă evoluția este favorabilă simptomatologia se remite rapid

128. **Referitor la tratamentul în edemul pulmonar acut cardiogen NU sunt adevărate următoarele:** (191)
   A. Intubația oro-traheală este superioară ventilației asistate pe balon în menținerea $SaO_2 \geq 90\%$
   B. Bumetanidul este de 40 de ori mai potent decât Furosemidul
   C. Tratamentul diuretic este realizat prin tatonare
   D. Metolazona este un vasodilatator
   E. Nitrații produc vasodilatație prin creșterea AMPc

129. **Referitor la diagnosticul paraclinic în insuficiența cardiacă acută NU sunt adevărate următoarele:** (190)
   A. ECG-ul este frecvent normal la pacienții cu ICA
   B. Gazometria trebuie efectuată la toți pacienții cu detresă respiratorie indiferent de severitate
   C. O valoare a NT-proBNP sub 300 ng/ml exclude ICA
   D. Presiunea în capilarul pulmonar blocat peste 25mmHg este sugestivă pentru EPA cardiogen
   E. Presiunea în capilarul pulmonar blocat trebuie evaluată la fiecare pacient cu tablou de ICA

130. **Referitor la șocul cardiogen NU sunt adevărate următoarele:** (189)
   A. Reducerea cu mai mult de 10 mmHg a TA față de condițiile bazale este una din caracteristicile șocului cardiogen
   B. Cea mai frecventă cauză de șoc cardiogen este infarctul de miocard
   C. Șocul cardiogen apare la o pierdere de peste 25% din masa miocardului ventricular stâng
   D. Asociază anurie sub 20ml/oră
   E. Indexul cardiac este mai mic sau egal cu $1.8 l/min/m^2$

131. **Referitor la dispozitivele mecanice folosite în tratamentul șocului cardiogen sunt ADEVĂRATE următoarele:** (192)
   A. Dispozitivele de asistare ventriculară pot fi prima alegere în tratamentul mecanic al șocului cardiogen
   B. Tandemhart este o pompă axială ventriculară stângă pe valva aortică
   C. Thoratec este un dispozitiv complex de asistență mecanică uni sau biventriculară extracorporeală
   D. Durata maximă de utilizare a Tandemhart este de 14 zile
   E. Balonul de contrapulsație intraaortică este utilizat de rutină în șocul cardiogen secundar crizei hipertensive

132. **Referitor la tratamentul șocului cardiogen NU sunt adevărate următoarele:** (193)
   A. Inhibarea plachetară se face obligatoriu cu clopidogrel
   B. Tonicardiacele digitalice sunt utile doar pentru reducerea frecvenței ventriculare rapide la pacienții cu fibrilație ventriculară
   C. Piruvatul se poate administra intracoronarian concomitent cu catecolaminele vasopresoare

D. Dobutamina la doze sub 3µg/lg/min stimulează diureza
E. Dopamina la doze de 10-20µg/kg/min are efecte vasoconstrictoare

133. **Tratamentul medicamentos în șocul cardiogen include:** (193)
A. Nitroglicerina
B. Nitroprusiatul de sodiu
C. Morfina
D. Milrinona
E. Levosimendan

134. **Tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen NU include:** (191)
A. Cardioversia electrică
B. Tolvaptan
C. Verapamil
D. IECA i.v.
E. Dobutamina

135. **Evaluarea biologică în cadrul ICA include:** (190)
A. Hemoleucograma completă
B. Sodiul urinar
C. Potasiul urinar
D. Glicemia
E. Proteinurie/24 ore

136. **Referitor la semnele și simptomele din cadrul edemului pulmonar acut cardiogen sunt ADEVĂRATE următoarele:** (188)
A. Dispneea apare mai frecvent dimineața la trezire
B. Tusea este cu expectorație ruginie
C. Pot fi prezente zgomote de barbotaj intense care se pot auzi de la distanță
D. Poate apărea tiraj intercostal și supraclavicular
E. Întărirea componentei pulmonare a zgomotului 1

137. **La radiografia cord-pulmon în ICA NU se evidențiază :** (189)
A. Hiluri mari bine delimitate și conturate
B. Redistribuția fluxului sanguin la bazele pulmonare
C. Desen perivascular accentuat în special perihilar
D. Voalarea câmpurilor pulmonare
E. Desen perivascular accentuat în câmpurile medii și superioare

138. **Care din următoarele afirmații referitoare la tratamentul cardiomiopatiei hipertrofice NU sunt adevărate:** (203)
A. Tratamentul de elecție este reprezentat de vasodilatatoare
B. Propanololul este betablocantul cel mai folosit
C. Verapamilul se poate administra concomitent cu propanololul
D. Disopiramida este recomandată datorită absenței afectării inotropismului
E. Se recomandă pacingul bicameral pentru ameliorarea simptomatologiei și obstrucției tractului de ieșire în loc de intervenția chirurgicală

139. **Referitor la etiologiile cardiomiopatiei restrictive NU sunt adevărate următoarele:** (204)
A. Forma idiopatică familială este cea mai frecventă cauză de CMR
B. Serotonina determină endocardită fibroasă
C. *Pseudoxanthoma elasticum* determină afectarea endomiocardică
D. Cardiomiopatia diabetică este o cauză infiltrativă ce afectează endomiocardul
E. Iradierea mediastinală este o cauză infiltrativă de afectare a miocardului

140. **Referitor la descoperirile ecocardiografice în cardiomiopatia hipertrofică obstructivă NU sunt adevărate:** (202)
A. Hipertrofie asimetrică interesând mai frecvent peretele lateral al VS
B. Raport grosime SIV/grosime PLVS peste 1.5
C. SAM apare atât în forma obstructivă cât și în forma neobstructivă
D. Se poate asocia o cavitate mică a VS
E. În modul M se poate observa diminuarea pantei EF a valvei mitrale

141. **Diagnosticul diferențial al suflului sistolic din cardiomiopatia hipertrofică obstructivă se face cu:** (202)
A. Suflul din stenoza mitrală
B. Defectul de sept interventricular
C. Insuficiența tricuspidiană
D. Insuficiența aortică
E. Insuficiența pulmonară

142. **La examenul ecocardiografic din cardiomiopatia dilatativă NU se evidențiază:** (198)
A. Colapsul venei cave inferioare absent în inspir
B. Aspectul globulos al ventriculului drept
C. Afectare diastolică a ventriulului stâng
D. Afectare sistolică a ventriculului stâng
E. Evidențierea unei posibile insuficiențe mitrale și tricuspidiene

143. **Referitor la explorările paraclinice în cardiomiopatia dilatativă sunt ADEVĂRATE:** (197)
A. Coronarografia este indicată la pacienții cu unde Q pe ECG
B. Biopsia endomiocardică este indicată în suspiciunea de afectare miocardică secundară
C. Scintigrafia de perfuzie miocardică în repaus și la efort este utilă pentru diferențierea de cardiomiopatia ischemică
D. RMN-ul este o explorare standard pentru aprecierea volumelor ventriculare și a fracției de ejecție
E. ECG de repaus este frecvent normală

144. **Următoarele afirmații referitoare la etiopatogenia CMD NU sunt adevărate:** (196)
A. Forma idiopatică familială este cea mai frecventă
B. CMD poate apărea secundar unei miocardite bacteriene incomplet vindecate

C. Afectarea autoimună prin prezența autoanticorpilor circulanți antimiocard este cea mai acceptată cauză de CMD
D. Forma autozomal-recesivă de CMD este cea mai frecventă
E. Forma autozomal-dominantă pură de CMD este cea mai frecventă

145. **Care din următoarele sunt cauze de CMD:** (195-196)
A. Miocardita fungică
B. Cardiomiopatia ischemică
C. Boli de colagen
D. Consumul cronic de paracetamol
E. Deficiențe nutriționale

146. **Referitor la ipoteza autoimună din etiopatogenia CMD sunt ADEVĂRATE:** (196)
A. Sunt prezenți anticorpi anti lanțuri grele de miozină
B. Sunt prezenți anticorpi anti β1 receptori adrenergici
C. Sunt prezenți anticorpi anti receptori nicotinici colinergici
D. Sunt prezenți anticorpi anti actină
E. În probele de biopsie miocardică s-a observat expresia inadecvată a moleculelor MHC de clasă I

147. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la medicația antiaritmică NU sunt adevărate:** (209)
A. Antiaritmic de fază IA este Propafenona
B. Betablocantele sunt antiaritmice de clasă II
C. Antiaritmicele de clasă III blochează canalele de Na^+
D. Antiartimicele de clasă IV sunt blocantele de calciu dihidropiridinice
E. Disopiramida este un antiaritmic de clasă IA

148. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la medicația antiaritmică NU sunt adevărate:** (209)
A. Moricizina este un antiaritmic de clasă IB
B. Dofetilide și Ibutilide sunt antiaritmice de clasă III
C. Tocainida și Encainida sunt antiaritmice de clasă IC
D. Fenitoinul deprimă marcat faza 0
E. Procainamida scurtează repolarizarea

149. **Referitor la etiopatogeneza tahicardiilor paroxistice supraventriculare sunt ADEVĂRATE următoarele:** (210)
A. În mecanismul reintrării nodale, stimulul parcurge anterograd calea cu conducere rapidă și retrograd calea cu conducere lentă
B. Tahicardia paroxistică prin reintrare atrioventriculară este mai rară decât cea prin reintrare nodală
C. În mecanismul reintrării atrioventriculare, stimulul parcurge anterograd fasciculul de preexcitație și retrograd nodulul atrioventricular
D. Reintrarea atrioventriculară este un circuit antidromic
E. În reintrarea atrioventriculară ortodromică complexul QRS este fin

150. **Referitor la manifestările ECG în cadrul aritmiilor supraventriculare sunt ADEVĂRATE:** (212-214)
   A. Flutterul tip I prezintă unde cu "dinți de fierăstrău" cu frecvență de 340-450 bătăi pe minut
   B. Fibrilația atrială prezintă unde "f" izomorfe cu frecvență de 350-600 bătăi pe minut
   C. Tahicardia paroxistică ventriculară prezintă o frecvență atrială între 150-200 bătăi pe minut
   D. Flutterul atrial tip II cu frecvența undelor atriale este de 240-450 bătăi pe minut
   E. Flutterul atrial tip I prezintă unde de aspect izomorf, fără intervale izoelectrice între ele

151. **Referitor la tahicardia ventriculară NU sunt adevărate următoarele:** (219-221)
   A. TV reprezintă peste 5 complexe cu origine ventriculară cu frecvență peste 100 bătăi pe minut
   B. Cea mai frecventă cauză este cardiopatia ischemică
   C. Cel mai frecvent mecanism de producere este microreintrarea
   D. TV polimorfă poate să apară și pe cordul structural normal
   E. Tratamentul cu medicamente care scad potențialul de acțiune monofazic al miocitelor determină fenomene de microintrare

152. **Referitor la Flutterul atrial NU sunt adevărate următoarele:** (212-213)
   A. Tipul I de flutter este datorat unui circuit de microreintrare de la nivelul atriului drept
   B. Conversia la ritmul sinusal este făcută de obicei cu un prim șoc electric extern de 200 Joule
   C. Sub influența digoxinei flutterul se transformă în fibrilație auriculară, aritmie a cărei frecvență este mai ușor de controlat
   D. Utilizarea antiaritmicelor din clasa IC trebuie precedată de un tratament cu betablocante sau verapamil pentru a preveni accelerarea frecvenței ventriculare
   E. Electrostimularea atrială prin overdrive se efectuează în formele repetitive și refractare de flutter

153. **Indicațiile cardiostimulării electrice permanente NU includ:** (224)
   A. Pacienții cu bloc AV I
   B. Pacienții cu bradicardie suspectată, dar nedocumentată cu bloc de ramură și studiu electrofiziologic pozitiv definit ca interval HV≤70ms
   C. Pacienții cu bradicardie persistentă chiar dacă simptomele sunt cauzate de o disfuncție pulmonară
   D. Pacienții cu bradicardie intermitentă documentată și bloc AV gradul 2 tip 2 indiferent de simptome
   E. Pacienții cu bradicardie intermitentă documentată și bloc AV gradul 2 tip 2 numai în prezența sincopelor recurente

154. **Boala de nodul sinusal prezintă ca și manifestări următoarele:** (225)
   A. Blocul atrioventricular
   B. Blocul sinoatrial

C. Tahiaritmiile supraventriculare
D. Oprirea sinusală
E. Tahiaritmiile ventriculare

155. **Referitor la tratamentul bolii de nodul sinusal NU sunt adevărate următoarele:** (225-227)
A. Prevenția riscului de fibrilație atrială prin cardiostimulare AAIR la pacienții cu boală de nodul sinusal reduce riscul de mortalitate
B. Simularea VVI este de elecție la pacienții cu boală de nod sinusal datorită riscului crescut de dezvoltare a blocului atrioventricular total
C. Cardiostimularea este indicată pacienților cu simptomatologie datorată bradicardiei
D. Cardiostimularea electrică permanentă este indicată tuturor pacienților cu boală de nodul sinusal indiferent de simptomatologie
E. La pacienții fără incompetență cronotropă trebuie luat în considerare un pacemaker cu modulare a frecvenței

156. **Referitor la tratamentul blocurilor atrioventriculare sunt ADEVĂRATE următoarele:** (228-229)
A. La pacienții cu bloc AV grad I se indică cardiostimularea electrică permanentă numai dacă are o durata peste 300ms și intervalul PR nu se poate adapta cu creșterea frecvenței cardiace
B. La pacienții cu infarct miocardic și bloc atrioventricular total se indică cardiostimulare eletrică permanentă
C. Pacingul timpuriu la sugarii cu bloc atrioventricular congenital crește rata de supraviețuire
D. În blocul AV gradul II tip I indicația de pacemaker este controversată
E. Înainte de cardiostimularea permanentă trebuie verificat dacă blocul atrioventricular nu are o cauză reversibilă

157. **Referitor la tratamentul fibrilației atriale sunt ADEVĂRATE următoarele:** (215-216)
A. Cardioversia electrică electivă este indicată în cazul instabilității hemodinamice
B. Cardioversia electrică de urgență este indicată pacienților cu fibrilație atrială și sindrom de preexcitație
C. Conversia medicamentoasă se realizează cu propafenonă i.v.
D. Menținerea ritmului sinusal obligă la o profilaxie permanentă cu antiaritmice din clasa IC
E. Antiaritmicele pot fi folosite pentru scăderea pragului de defibrilare electrică

158. **Referitor la medicația antiaritmică sunt ADEVĂRATE:** (209)
A. Tosilatul de Bretiliu este un blocant al canalelor de Na^+
B. Lidocaina scade perioada de repolarizare și are efecte reduse pe faza 0 a țesutului normal
C. Mexiletinul scade perioada de repolarizare și are efecte reduse pe faza 0 a țesutului normal
D. Procainamida face parte din clasa IC

E. Betablocantele fac parte din clasa IV

159. **Tahiaritmiile supraventriculare se caracterizează prin:** (209)
A. Frecvență atrială obligatoriu peste 100 bătăi pe minut
B. Originea circuitului de reintrare superior de bifurcația Hiss
C. Complexul QRS este obligatoriu sub 0.12 secunde
D. Complexul QRS se poate mări în prezența unei aberații funcționale dependentă de frecvență
E. Frecvență atrială obligatoriu peste 150 bătăi pe minut

160. **Referitor la torsada vârfurilor NU sunt adevărate:** (220)
A. Debut printr-o extrasistolă ventriculară precoce fără fenomene R/T
B. Succesiune rapidă de QRS cu frecvența între 150-300 bătăi pe minut care durează 5-30 secunde
C. Apar complexe QRS cu o fază rapidă cu vârf rotunjit
D. Apar complexe QRS cu o fază lentă cu vârf ascuțit
E. Amplitudinea complexelor QRS descrește progresiv de la 3mV la 0.8mV

161. **Referitor la tratamentul tahicardiei ventriculare sunt ADEVĂRATE următoarele:** (220-221)
A. Tratamentul pe termen lung al TV ischemice include chirurgia în orb a zonelor cicatriceale, cu efecte benefice
B. În tratamentul TV asociat cardiomiopatiei hipertrofice se recomandă utilizarea Disopiramidului, Betablocantelor și a Amiodaronei
C. Tratamentul cu blocante de calciu este recomandat la pacienții cu TV declanșată de stres psihoemoțional
D. La pacienții cu un cord normal și TV apărută în urma administrării de isopropil noradrenalină, se recomandă tratamentul cu Flecainidă
E. TV bidirecțională apare în supradozajul cu digoxin și întreruperea acestuia este suficientă

162. **Referitor la tratamentul TV în sindromul QT lung sunt ADEVĂRATE următoarele afirmații:** (221)
A. Suprimarea torsadei vârfurilor cu sulfat de magneziu are efect doar atunci când magnezemia este normală
B. În administrare cronică, propafenona are efecte preventive benefice la bolnavii cu QRS lung congenital
C. Se recomandă ablația ganglionului simpatic cervical superior drept
D. Se recomandă utilizarea betablocantelor
E. Se recomandă utilizarea lidocainei, mexiletinului și a propanolului

163. **Referitor la tratamentul extrasistolelor ventriculare NU este adevărat:** (217)
A. În insufcienta cardiacă severă controlul extrasistolelor ventriculare se realizează obligatoriu cu amiodaronă
B. În infarctele miocardice vechi și funcție sistolică mult deprimată se recomandă revascularizarea zonei de infarct
C. Cardiomiopatia dilatativă are risc major de moarte subită

D. Betablocantele și amiodarona în cardiomiopatia dilatativă au efect incert asupra mortalității
E. În infarctul de miocard vechi cu fracție de ejecție ≥35% se recomandă Flecainide și Encainide

164. **Referitor la fibrilația atrială NU sunt adevărate următoarele:** (214)
A. Fibrilația atrială paroxistică colinergică apare mai frecvent în a 2a jumătate a nopții
B. Fibrilația atrială paroxistică simpatoadrenergică apare mai frecvent în a 2a jumătate a nopții
C. Factorii precipitanți ai formei colinergice de fibrilație paroxistică sunt ceaiul, cafeaua și alcoolul
D. Fibrilația paroxistică colinergică apare mai frecvent la vârstnici cu boli cardiace organice
E. Fibrilația paroxistică colinergică apare mai frecvent la tinerii fără boli cardiace organice

165. **Referitor la fibrilația atrială sunt ADEVĂRATE :** (214)
A. Este de 3 tipuri
B. Fibrilația paroxistică se termină numai prin cardioversie
C. Fibrilația persistentă este cea care nu se remite în ciuda tentativelor de cardioversie electrică sau medicamentoasă
D. Fibrilația paroxistică durează cel mult 7 zile
E. Fibrilația paroxistică durează cel puțin 7 zile

166. **Referitor la tahicardiile paroxistice supraventriculare sunt ADEVĂRATE următoarele:** (210)
A. Frecvență atrială între 150-200 bătăi pe minut
B. Undă P negativă în DII, DIII, aVF
C. Conducerea atrio-ventriculară este 2:1
D. Complexul QRS este mereu îngust
E. Prezintă fenomene R/T

167. **Referitor la tratamentul tahicardiei paroxistice supraventriculare este ADEVĂRAT:** (211)
A. În infarctul miocardic acut se recomandă utilizarea esmololului
B. De primă intenție este cardioversia electrică
C. După masajul carotidian, dacă tahicardia se remite, se recomandă profilaxia cu adenozină
D. Ca alternativă la adenozină se recomandă flecainide și amiodarona
E. Digoxinul este folosit în insuficiența cardiacă și hipotensiune

168. **Referitor la medicația antiaritmică sunt ADEVĂRATE:** (209)
A. Clasa IB scurtează repolarizarea
B. Clasa IC au efect redus pe repolarizare
C. Sotalolul este un betablocant și face parte din clasa II
D. Amlodipina și Nifedipina sunt blocante de calciu și fac parte din clasa IV

E. Amiodarona face parte din clasa III

169. **Referitor la flutterul atrial NU sunt adevărate:** (212)
A. Tipul I are o propagare la ventriculi de 2/1 sau 4/1
B. În tipul II circuitul de reintrare se poate extinde şi la atriul stâng
C. Rar se poate produce o propagare de 1:1, rezultând o frecvenţă de peste 300 bătăi pe minut cu degradare hemodinamică
D. Masajul sinusului carotidian întrerupe flutterul atrial
E. Masajul sinusului carotidian produce rărirea abruptă a frecvenţei ventriculare şi scăderea frecvenţei undelor de flutter

170. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la consecinţele instalării fibrilaţiei atriale sunt ADEVĂRATE:** (214)
A. Se reduce cu 30% debitului cardiac
B. Se produce o remodelarea cardiacă
C. Cele mai severe sunt reprezentate de accidentele vasculare hemoragice
D. Reducerea debitului cardiac are efecte catastrofale la pacienţii cu stenoză mitrală
E. Devine o adevărată tahicardiomiopatie

171. **Semnele şi simptomele din fibrilaţia atrială includ:** (215)
A. Sincopa Adam-Stokes
B. Disconfort la nivelul gâtului
C. Palpitaţii
D. Angină
E. Sistole "de tun"

172. **Etiologia extrasistoliei ventriculare include:** (217)
A. Miocardite
B. Prolaps de valvă mitrală
C. Cardiopatia ischemică
D. Displazia aritmogenă de ventricul drept
E. Cardiomiopatia dilatativă

173. **Referitor la etiologia insuficienţei mitrale cronice NU sunt ADEVĂRATE:** (237)
A. Inflamatorie: reumatism articular acut, lupus eritematos sistemic
B. Funcţională: cardiomiopatia hipertrofică obstructivă
C. Structurală congenitală: unicuspidie, tricuspidie
D. Traumă toracică
E. Dehiscenţa protezei

174. **Referitor la ascultaţia în stenoza mitrală NU sunt adevărate următoarele:** (234)
A. Apare suflul Graham-Steel de insuficienţă pulmonară funcţională
B. Apare suflu de insuficienţă tricuspidiană funcţională
C. Apare diminuarea zgomotului 1

D. Apare diminuarea zgomotului 2
E. Clacmentul de deschidere al mitralei scade în stenoza mitrală severă

175. **Sunt ADEVĂRATE afirmațiile referitoare la tabloul clinic în stenoza aortică:** (239)
A. Apare angina, dispneea și lipotimia
B. În stadiile avansate apare dispneea paroxistică nocturnă
C. La ascultație apare un suflu diastolic rugos care iradiază pe carotide
D. Zgomotul 2 este crescut în intensitate
E. Apare fenomenul Gallvarin

176. **Referitor la insuficiența tricuspidiană NU sunt adevărate:** (244)
A. Forma primară este cea mai frecventă
B. Insuficiența tricuspidiană severă este asimptomatică mult timp
C. Tratamentul este indicat în insuficiența tricuspidiană severă asimptomatică fără disfuncția ventriculului stâng
D. Forma secundară este cea mai frecventă
E. La ascultație se evidențiază un suflu diastolic tricuspidian

177. **Referitor la criteriile de severitate în ecocardiografia transtoracică în insuficiența mitrală sunt ADEVĂRATE:** (238)
A. Aria jetului de regurgitare la vena contracta
B. Aria jetului de regurgitare în tractul de ejecție al ventriculului stâng
C. Volumul regurgitat
D. Fracția de ejecție al volumului regurgitat
E. Fracția de ejecție a ventriculului stâng

178. **Referitor la stenoza mitrală sunt ADEVĂRATE următoarele:**(234)
A. Stenoza mitrală reumatismală se poate asocia cu defect de sept interatrial
B. Stenoza mitrală congenitală este rară
C. Cor triatriatum este o afecțiune ce produce stenoză mitrală prin obstrucția orificiului mitral
D. Diametrul normal al mitralei este de 2-4 cm^2
E. Frecvent ventriculul stâng este dilatat, ca urmare a suprasolicitării de presiune

179. **Referitor la tabloul clinic în stenoza mitrală sunt ADEVĂRATE:** (234)
A. Principalul simptom este dispneea de efort
B. Poate apărea disfagia
C. Poate apărea disfonia
D. Pot apărea hemoptiziile
E. Poate apărea angina

180. **Manifestările ECG din stenoza mitrală includ:** (236)
A. Bloc de ram stâng
B. Bloc de ram drept
C. Hipertrofie ventriculară stângă
D. Hipertrofie ventriculară dreaptă

E. Hipertrofie atrială dreaptă

181. **Manifestările radiologice în stenoza mitrală includ:** (236)
A. Dublarea conturului arcului inferior drept
B. Bombarea arcului mijlociu stâng
C. Bombarea arcului inferior stâng
D. Calcificări valvulare
E. Stază venoasă reprezentată de liniile Kerley A și B

182. **Criteriile de severitate în stenoza aortică sunt:** (240)
A. Aria valvei aortice sub $1cm^2$
B. Gradientul transvalvular peste 50 mmHg
C. Gradientul atrioventricular peste 10mmHg
D. Volumul regurgitat
E. Fracția de ejecție a ventriculului stâng

183. **Referitor la ecocardiografia în stenoza mitrală NU sunt adevărate următoarele:** (235)
A. Fuziunile comisurale și îngroșarea marginii libere sunt modificări specifice stenozei mitrale degenerative
B. Se urmăresc dimensiunile ventriculului stâng
C. Se urmăresc dimensiunile atriului stâng
D. Se poate determina direct presiunea în artera pulmonară
E. Ecografia transesofageană este necesară înainte de intervenția chirurgicală

184. **Referitor la ecografia transesofagiană în valvulopatii NU sunt adevărate:** (240)
A. În valvulopatiile aortice se vizualizează mai bine valva și aparatul subvalvular
B. Este folosită pentru detectarea trombilor intraatriali
C. Este necesară înainte de intervențiile chirurgicale
D. Poate identifica vegetații specifice endocarditei infecțioase
E. Este inferioară ecografiei transtoracice în vizualizarea aparatului valvular mitral

185. **Coronarografia este indicată preoperator la toți pacienții valvulari care au cel puțin una din următoarele criterii:** (235)
A. Femei peste 40 ani
B. Pacienții cu istoric de cardiopatie ischemică
C. Pacienții cu suspiciune de cardiopatie ischemică
D. Ventricul stâng cu fracție de ejecție scăzută
E. Bărbați peste 40 ani

186. **Referitor la tratamentul insuficienței mitrale NU sunt adevărate:** (238)
A. Tratamentul intervențional constă în valvuloplastie percutană cu balon
B. Insuficiența mitrală acută severă are indicație de chirurgie de urgență
C. Repararea valvei este de preferat când e posibil
D. Înlocuirea valvei se face în insuficiența mitrală cronică severă asimptomatică cu o tenisune în artera pulmonară sub 50mmHg

E. Tratamentul medicamentos cu vasodilatatoare are beneficii clare în insuficiența mitrală cronică

187. **Referitor la tratamentul stenozei aortice NU sunt adevărate:** (241)
A. Valvuloplastia percutană cu balon este de elecție
B. TAVI este o soluție până la chirurgie
C. Tratamentul chirurgical este recomandat în stenoza aortică strânsă
D. Valvuloplastia percutană cu balon mai este denumită și TAVI
E. Tratamentul chirurgical este indicat și în stenoza aortică moderată la pacienții care urmează a fi supuși la o chirurgie pe aortă ascendentă

188. **Referitor la tratamentul Insuficienței aortice NU sunt ADEVĂRATE:** (242)
A. Betablocantele întârzie dilatarea inelului și scade riscul de disecție de aortă în sindromul Marfan
B. Chirurgia de reparare a valvei trebuie efectuată de fiecare dată când este posibilă
C. Insuficiența aortică severă asimptomatică cu volumul telesistolic al ventriculului stâng sub 50 ml are indicație de tratament chirurgical
D. Insuficiența aortică severă asimptomatică cu volumul telediastolic al ventriculului stâng peste 70ml are indicație de chirurgie
E. In cazul pacienților cu dilatare de aortă ascendentă se evită efortul izometric

189. **Care din următoarele patologii NU sunt întâlnite în dilatarea aortei ascendente:** (242)
A. Boala Fabry
B. Sindromul Ehler-Danlos
C. Osteogenesis imperfecta
D. Boala Wilson
E. Aortita sifilitică

190. **Referitor la stenoza tricuspidiană NU sunt adevărate:** (245)
A. La ascultație zgomotul 1 este diminuat
B. La ECG se observă hipertrofia atriului drept (≥2.5mV amplitudine a undei P)
C. Plastia valvei este tratamentul de elecție
D. Tratamentul chirurgical are la bază protezarea cu valvă mecanică
E. Criteriul de severitate la ecocardiografie este gradientul transvalvular peste 5 mmHg

191. **Referitor la stenoza pulmonară sunt ADEVĂRATE:** (245)
A. Cea mai frecventă etiologie este cea reumatismală
B. La ascultație se decelează un suflu sistolic de ejecție în spațiul II-III intercostal stâng parasternal
C. Zgomotul 2 este diminuat
D. La ECG se decelează hipertrofie de ventricul drept
E. La radiografia toracică se observă circulație pulmonară săracă și dilatarea arterei pulmonare

192. **Referitor la insuficiența pulmonară sunt ADEVĂRATE:** (246)
A. Uneori la ascultație se decelează o uruitură diastolică
B. Radiografia toracică arată dilatarea ventriculului stâng
C. Ecografia transesofagiană pune diagnosticul și stabilește indicația chirurgicală
D. Tratamentul este cel al bolii de bază
E. Tratamentul chirurgical se efectuează doar în insuficiența pulmonară severă congenitală

193. **Referitor la explorările paraclinice în endocardita infecțioasă NU sunt adevărate:** (248)
A. Ecografia transesofagiană este de primă intenție deoarece oferă informații mai exacte despre vegetații comparativ cu ecografia transtoracică
B. Trebuie recoltate minim 2 hemoculturi la interval de 12 ore, preferabil în timpul accesului febril
C. Factorul reumatoid poate fi pozitiv
D. Imagistica RMN și CT-ul se folosesc de rutină pentru o mai bună vizualizare a aparatului valvular
E. La probele de laborator se poate evidenția o anemie normocromă, normocitară

194. **Referitor la criteriile Duke modificate sunt ADEVĂRATE:** (248)
A. Pentru diagnosticul pozitiv sunt necesare 5 criterii majore
B. Pentru diagnosticul pozitiv sunt necesare 3 criterii majore și un criteriu minor
C. Hemoragiile Janeway, nodulii Osler și petele Roth reprezintă criterii majore
D. O hemocultură pozitivă reprezintă criteriu minor
E. Evidențierea unei regurgitări valvulare nou apărute la ecocardiografie reprezintă un criteriu major

195. **Sunt considerați pacienți cu risc înalt pentru endocardită infecțioasă următorii:** (249)
A. Pacienții cu boli cardiace congenitale complet corectate cu implantare de material protetic
B. Endocardită infecțioasă în antecedente
C. Pacienții cu boli cardiace congenitale incomplet corectate cu implantare de material protetic
D. Pacienții cărora li se efectuează manevre stomatologice care implică manipulare gingivală ori perforarea mucoasei bucale
E. Pacienții supuși unor examinări endoscopice de căi urinare

196. **Referitor la tratamentul în endocardita infecțioasă NU sunt adevărate:** (249)
A. Pentru stafilococ meticilin sensibil se recomandă tratamentul cu flucloxacilin și gentamicină
B. Pentru streptococ sensibil la penicilină, dar la pacienți alergici la penicilină se recomandă utilizarea macrolidelor
C. Pentru stafilococ meticilin rezistent se recomandă vancomicină în monoterapie
D. Pentru streptococ sensibil la penicilină se poate administra ceftriaxona
E. Pentru streptococ sensibil la penicilină la pacienții alergici la penicilină se recomandă asocierea vancomicinei cu gentamicină

197. **Referitor la stadiile ECG ale pericarditei acute NU sunt adevărate:** (251)
   A. Stadiul IV: revenirea la aspectul ECG anterior instalării pericarditei
   B. Stadiul II: negativarea difuză a undelor T
   C. Stadiul IV: revenirea ST la linie izoelectrică și aplatizarea undelor T
   D. Stadiul II: supradenivelarea de segment ST concavă superior, deviația segmentului PR în direcția opusă polarității undei
   E. Stadiul I: supradenivelarea de segment ST convexă superior, deviația segmentului PR în aceeași direcție cu polaritatea undei

198. **La examenul ecocardiografic în pericardita acută se poate evidenția:** (251)
   A. Colapsul diastolic al atriului stâng (semn de compresie cardiacă)
   B. Aspect de cord pendulant (*"swinging heart"*)
   C. Distensia venei cave inferioare și dispariția colapsului expirator
   D. Colapsul diastolic al ventriculului drept (semn de compresie cardiacă)
   E. Apariția pericardului îngroșat și fibrozat

199. **Referitor la tamponada cardiacă sunt ADEVĂRATE:** (251)
   A. Poate apărea și la mici cantități de lichid dacă se acumulează lent
   B. Determină reducerea debitului cardiac
   C. Determină hipertensiune
   D. Necesită pericardiocenteză de urgență în scop diagnostic, deoarece etiologia neoplazică este frecventă
   E. Pulsul paradoxal este prezent

200. **Referitor la tratamentul pericarditei acute NU sunt adevărate:** (252)
   A. Colchicina în monoterapie se poate administra la primul episod
   B. Colchicina în asociere cu ibuprofen se poate administra la primul episod
   C. Drenajul chirurgical este de elecție în tamponada cardiacă sau în revărsate lichidiene mari la pacienții asimptomatici
   D. Pericardectomia este recomandată pacienților cu revărsat persistent în ciuda tratamentului corect condus
   E. Colchicina este recomandată în pericardita uremică

III. GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE

Complement simplu:

1. **Sunt semne de „alarmă" în RGE, CU EXCEPȚIA:** (256)
   A. Disfagia
   B. Odinofagia
   C. Anemia
   D. Hemoragia digestivă inferioară
   E. Scăderea în greutate

2. **Complicațiile BRGE cronic sunt, CU EXCEPȚIA:** (257)
   A. Sângerările din eroziuni esofagiene
   B. Ulcerațiile
   C. Esofagul Barrett
   D. Disfagiile prin stenoze
   E. Durerile retrosternale

3. **Indicațiile endoscopiei superioare în RGE sunt:** (257)
   A. Vârsta pacientului peste 50 de ani
   B. Simptomatologia atipică
   C. Eșecul terapeutic la IPP
   D. Semnele de „alarmă"
   E. Toate de mai sus

4. **Factorii de agresiune a mucoasei gastrice sunt, CU EXCEPȚIA:** (263)
   A. Consumul de AINS
   B. Alcoolul
   C. Secreția acidă și pepsina
   D. Infecția cu *H. pylori*
   E. Joncțiunile intercelulare strânse

5. **Care din următoarele circumstanțe NU constituie un rol etiopatogenic în apariția bolii ulceroase?** (264)
   A. Toxicomania
   B. Gastrinoamele din cadrul sindromului Zollinger-Ellison
   C. Obstrucțiile duodenale
   D. Virusul *Herpes simplex* de tip 2
   E. Chimioterapia și radioterapia

6. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ cu privire la durerea din sindromul ulceros?** (265)
   A. Are sediul în epigastru
   B. Prezintă iradiere în bară
   C. Debutul este postprandial tardiv (la 2-3 ore) în ulcerul gastric
   D. Debutul este postprandial imediat în cazul ulcerului duodenal

E. Lipsa ameliorării acesteia la administrarea de antiacide sau antisecretorii

7. **Testele neinvazive de depistare a *H. Pylori* sunt, CU EXCEPȚIA:** (266)
   A. Testul rapid capilar
   B. Dozarea antigenului fecal *H. Pylori*
   C. Reacția ELISA, testul salivar
   D. Testele respiratorii – *urea breath test*
   E. Proba bioptică cu expertiza histopatologică

8. **Care din următoarele variante este caracteristică colitei ulcerative:** (279)
   A. Procesul inflamator discontinuu
   B. Distribuția neuniformă
   C. Poate evolua de la nivelul rectului până la nivelul valvei ileocecale
   D. Zonele de mucoasă sănătoasă
   E. Leziunile transmurale

9. **Genele afectate în bolile inflamatorii intestinale sunt cele care exprimă:** (275)
   A. CARD15/NOD2
   B. TNF
   C. EGFR
   D. CARD9
   E. Toate de mai sus

10. **Referitor la nicotină putem afirma, CU EXCEPȚIA:** (276)
   A. Prin vasoconstricție contribuie la declanșarea bolii inflamatorii intestinale
   B. Crește permeabilitatea intestinală
   C. Are efect protectiv în colita ulcerativă
   D. Declanșează răspunsul imunologic mucosal
   E. Scade stratul de mucus în colită

11. **Corespunzător extensiei inflamației, colita ulcerativă NU se poate clasifica în:** (279)
   A. Proctită ulcerativă
   B. Colită stângă ulcerativă
   C. Colită dreaptă ulcerativă
   D. Pancolită ulcerativă
   E. Proctosigmoidită ulcerativă

12. **Un pacient care se prezintă cu: 7 scaune pe zi, cu rectoragii frecvente, cu temperatură de 38,5°C, puls 110/min, VSH 40mm/oră, se încadrează conform scorului Truelove-Witts în:** (280)
   A. Pacient cu formă ușoară
   B. Pacient cu formă intermediară
   C. Pacient cu formă fulminantă
   D. Pacient cu formă severă
   E. Pacient cu formă cataralâ

13. **Următoarea afirmație este ADEVĂRATĂ referitor la scorul CDAI, folosit pentru aprecierea severității bolii Crohn:** (282)
    A. Un scor mai mic de 150 reprezintă forma ușoară a bolii
    B. Un scor intre 300-400 reprezintă forma medie a bolii
    C. Un scor mai mic decât 150 definește remisiunea bolii
    D. Un scor peste 600 definește forma severă
    E. Un scor peste 450 definește boala activă

14. **Care este varianta FALSĂ cu privire la colita stângă?** (280)
    A. Reprezintă 40% din totalul cazurilor
    B. Este prezentă coarda colică la palpare
    C. Prezența durerilor abdominale difuze
    D. Prezența tenesmelor
    E. Prezența rectoragiilor

15. **Diagnosticul diferențial al colitei ulcerative se poate face, CU EXCEPȚIA:** (286)
    A. Colitele infecțioase
    B. Ulcerul rectal solitar
    C. Colita ischemică
    D. Proctosigmoidita ulcerativă
    E. Diverticulita colonică

16. **Tratamentul cu agenți anti TNF poate avea reacții adverse, CU EXCEPȚIA:** (294)
    A. Șocul anafilactic
    B. Alergiile
    C. Reactivarea tuberculozei
    D. Insuficiența cardiacă
    E. Insuficiența renală

17. **Referitor la fibroza hepatică, următoarea afirmație este FALSĂ:** (303)
    A. Reprezintă o componentă constantă a cirozei
    B. Fibroza zonei 3 în insuficiența cardiacă dreaptă
    C. Fibroza împreună cu transformarea nodulară a parenchimului hepatic dezorganizează arhitectura organului
    D. Fibroza din ciroza hepatică alcoolică debutează la nivelul zonei 4
    E. Fibroza zonei 1 în obstrucția căilor biliare și fibroza hepatică congenitală

18. **Referitor la alcool, agent etiopatogenic al cirozei hepatice, următoarea afirmație este ADEVĂRATĂ:** (303)
    A. Reprezintă cea mai frecventă cauză a cirozei hepatice în țările în curs de dezvoltare (Asia și Africa)
    B. La bărbații cu ciroză hepatică, consumul mediu de alcool este de 160 g/zi, timp de 8 ani
    C. La femei riscul cirogen apare la cantități zilnice de peste 50g/zi

D. În condițiile consumului unei cantități similare de alcool, concentrația acestuia în sânge este mai mare la bărbați față de femei
E. În medie, 80% din alcoolici dezvoltă ciroză hepatică

19. **Care NU sunt agenți etiopatogenici majori incriminați în apariția cirozei hepatice?** (304)
A. Virusurile hepatitice B, C, D
B. Alcoolul
C. Toxoplasmoza
D. Ciroza biliară primitivă
E. Hepatita cronică autoimună

20. **Factorii de risc în steatohepatita non-alcoolică sunt, CU EXCEPȚIA:** (304)
A. IMC peste 28
B. ALT peste dublul valorii normale
C. Raportul AST/ALT peste 0.5
D. Insulino-rezistența și diabetul
E. Hipertensiunea arterială

21. **Următoarele medicamente pot fi factori etiopatogenici frecvenți ai cirozei hepatice:** (304)
A. Amiodarona
B. Metotrexatul
C. α-metildopa
D. Propilthyouracilul
E. Toate de mai sus

22. **Fibroza din ciroza hepatică se poate dezvolta astfel:** (305)
A. Sub formă de punți porto-portale consecutive necrozei în zona 3
B. Fibroză izolată în caz de necroză difuză
C. Sub formă de punți centro-portale consecutive necrozei confluente în zona 3
D. Sub formă de punți centro-portale consecutive necrozei *piecemeal* în zona 1
E. Niciuna de mai sus

23. **Din punct de vedere macroscopic, ficatul cirotic NU este:** (306)
A. Dur cu marginea inferioară ascuțită
B. Cu contur neregulat al marginii inferioare
C. De culoare galben-aurie (exces de bilirubină)
D. Hipertrofic sau atrofic
E. Macronodular sau micronodular

24. **Selectați afirmația FALSĂ în legătură cu ascita din ciroza hepatică:** (310)
A. Devine decelabilă prin inspecție la cantități de peste 1-1.5 L
B. Ascita de grad 1 reprezintă o cantitate mică de lichid, decelabilă prin ultrasonografie
C. Debutul este cel mai frecvent insidios
D. Ascita de grad 2 este voluminoasă, cu distensie abdominală semnificativă

E. Apariția ascitei este precedată de meteorism abdominal

25. **Care din următoarele NU este un test neinvaziv pentru evaluarea fibrozei hepatice?** (312)
A. APRI – AST, trombocite
B. Fibrotest – GGT, haptoglobina, bilirubina, apolipoproteina A, α2-macroglobulina
C. ELF – vârsta, proteinele matricei extracelulare
D. FPI – AST, colesterol, indicator de insulinorezistență
E. PGA index – Acid hialuronic, GGT, TIMP-1, colesterol

26. **Un pacient diagnosticat cu ciroză hepatică în 2016, prezintă următoarele modificări: bilirubină serică 2,5 mg%, albuminemie 4g%, ascită în cantitate moderată, encefalopatie absentă și un indice de protrombină de 50%. Conform clasificării Child-Pugh, pacientul prezintă:** (317)
A. Un scor de 6 puncte
B. Un scor de 8 puncte
C. Un scor de 7 puncte
D. Este încadrat în clasa Child A
E. Este încadrat în clasa Child C

Complement multiplu:

27. **Manifestările extradigestive ale BRGE sunt:** (256)
A. Disfonia
B. Astmul bronșic
C. Durerea abdominală
D. Durerea toracică noncardiacă
E. Odinofagia

28. **Referitor la clasificarea Los Angeles putem afirma următoarele:** (257)
A. Este folosită în vederea stadializării esofagitelor, în funcție de severitate
B. Gradul A – una sau mai multe pierderi de substanță, niciuna depășind 5mm în lungime
C. Gradul C – leziuni confluente, circumferențiale
D. Gradul B – leziuni mai mari de 5mm, confluente între două sau mai multe pliuri, care depășesc 75% din circumferință
E. Gradul D – pierderi de substanță ce cuprind peste 75% din circumferința esofagului

29. **Despre esofagul Barrett putem afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:** (257)
A. Reprezintă o metaplazie de tip intestinal la nivelul esofagului proximal
B. Se confirmă prin biopsii multiple
C. La pacienții fără displazie dovedită se recomandă rezecție endoscopică a mucoasei
D. În caz de displazie cu grad redus se vor face endoscopii anuale

E. Pentru depistarea unui neoplasm incipient se efectuează controale endoscopice regulate

30. **Blocanții de receptori H2 histaminici:** (258)
A. Cresc pH-ul cu o unitate în 48 ore
B. Au acțiune antisecretorie
C. Au eficacitate pe simptomatologie (pirozis)
D. Efectul lor crește în timp
E. Au eficacitate redusă privitor la cicatrizarea esofagitelor

31. **Abordul terapeutic în RGE se realizează astfel:** (258)
A. Se începe cu IPP în doză normală
B. Se reduce doza de IPP la jumătate în cazul în care apar complicații
C. La pacienții care nu au esofagită severă, se recomandă IPP 4-8 săptămâni și întreținere cu IPP, în funcție de simptomatologie
D. În cazul pacienților cu esofagită severă, se recomandă IPP 8 săptămâni, iar întreținerea se face cu IPP în doza minimă eficientă
E. În cazul esofagitelor severe, refractare la tratamentul medicamentos, se poate recurge la diverse proceduri antireflux

32. **Categoriile terapeutice endoscopice pentru BRGE severe sunt:** (259)
A. Radiofrecvența
B. Sutura endoscopică a joncțiunii eso-gastrice
C. Fundoplicatura Nissen
D. Piloroplastia
E. Aplicarea de clip hemostatic

33. **Complicațiile bolii ulceroase sunt:** (268)
A. Hemoragia digestivă inferioară
B. Perforația
C. Peritonita secundară
D. Neoplasmul gastric
E. Stenoza

34. **Agenții citoprotectivi utilizați în cadrul bolii ulceroase sunt:** (270)
A. Pantoprazolul
B. Cimetidina
C. Misoprostolul
D. Sucralfatul
E. Subsalicilatul de Bismut

35. **Terapiile standard de eradicare a *H. Pylori* sunt:** (270)
A. Tripla Terapie – IPP în doză dublă + Amoxicilină + Claritromicină, 7-14 zile
B. Tratamentul cu IPP 4-6 săptămâni
C. Tripla Terapie – Amoxicilină + Claritromicină + Metronidazol, 7-14 zile

D. Terapia secvențială – 5-7 zile IPP în doză dublă+ Amoxicilină urmat de 5-7 zile IPP în doză dublă + Claritromicină + Metronidazol
E. Tripla Terapie – Amoxicilină + Cimetidină + Lansoprazol, 7-14 zile

36. **Dintre tehnicile chirurgicale folosite în tratarea ulcerelor perforate sau penetrante enumerăm:** (271)
A. Anastomoza gastroduodenală Billroth 1
B. Antrectomia
C. Gastroplicatura transmurală NDO
D. Anastomoza gastrojejunală Billroth 2
E. Sutura perforației duodenale

37. **Sunt blocanți ai receptorilor H2, CU EXCEPȚIA:** (270)
A. Cimetidina
B. Nizatidina
C. Pantoprazolul
D. Famotidina
E. Misoprostolul

38. **Prevalența ulcerului peptic este dependentă de următoarele comorbidități:** (262)
A. Afecțiunile bronhopulmonare cronice obstructive
B. Deficitul de α1-antitripsină
C. Sindroamele endocrine precum Zollinger-Ellison şi MEN 1
D. Hipoparatiroidismul
E. Neoplaziile endocrine multiple de tip 2 (MEN 2)

39. **Care sunt factorii de apărare a mucoasei gastrice?** (263)
A. Fluxul sanguin mucos optim
B. Regenerarea tisulară
C. Refluxul biliar duodenogastric
D. Consumul de AINS
E. Funcționalitatea biochimică a stratului mucos

40. **Mecanismele patogenice ale *H. Pylori* în bolile peptice gastrice şi duodenale sunt:** (263)
A. Modificările epiteliale de suprafață
B. Scăderea secreției acide corelată cu o sensibilitate particulară la stimularea secreției de gastrină
C. Producerea de toxine agresive local
D. Blocarea activității enzimatice a ciclooxigenazei (COX 1)
E. Perturbarea secreției duodenale de bicarbonat

41. **Semnele de alarmă din cadrul bolii ulceroase sunt:** (265)
A. Saţietatea tardivă
B. Hemoragia exteriorizată sau decelarea unui sindrom anemic
C. Vărsăturile recurente
D. Disfagia sau odinofagia bruscă
E. Antecedentele heredo-colaterale de cancer în sfera digestivă

42. **Care dintre elementele clinice subiective enumerate mai jos se regăsesc în boala ulceroasă?** (265)
A. Sindromul dispeptic
B. Pirozisul
C. Durerea toracică apicală
D. Simptomele sindromului anemic
E. Clapotajul

43. **În cadrul explorării endoscopice, utilizată în boala ulceroasă, putem obiectiva:** (266)
A. Defect de mucoasă mai mare de 5mm
B. Leziune cu contur ciclic
C. Pliuri radiare a mucoasei
D. Bază neuniformă, infiltrativă a leziunii
E. Retracţia şi deformarea peretelui gastric în jurul ulcerului

44. **Factorii de risc de resângerare în cazul hemoragiilor digestive superioare non-variceale NU sunt:** (268)
A. Necesitatea administrării de heparină după hemostaza endoscopică;
B. Decelarea de ulcere de dimensiuni mici
C. Ulcerul duodenal bulbar pe faţa anterioară
D. Hemoragia digestivă superioară la un pacient cu hepatopatie severă
E. Hemostaza endoscopică aplicată ca unică resursă terapeutică

45. **Referitor la tratamentul colitei ulcerative în puseu, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (294)
A. Formele severe de colită ulcerativă necesită introducerea de la început a corticosteroizilor
B. În colita stângă şi pancolită, formele uşoare şi moderate, se administrează 5 ASA pe cale orală şi topică
C. Intoleranţa la 5 ASA presupune folosirea corticosteroizilor pe durată limitată
D. Formele fără răspuns terapeutic la 12-14 zile de cortizon injectabil se consideră refractare
E. În formele refractare se impune iniţierea terapiei cu ciclosporină sau infliximab

46. **Care sunt indicațiile de urgență a tratamentului chirurgical în colita ulcerativă?** (296)
A. Perforația
B. Displazia
C. Cancerul colo-rectal
D. Stricturile fibrotice
E. Megacolonul toxic

47. **Care sunt indicațiile elective de tratament chirurgical în boala Crohn?** (296)
A. Abcesele abdominale
B. Hemoragia digestivă
C. Cancerul colonic
D. Stricturile fibrotice
E. Polipii adenomatoși

48. **Clasele de medicamente folosite în tratamentul bolilor inflamatorii intestinale sunt:** (292)
A. Corticosteroizii
B. Aminosalicilații
C. Agenții biologici
D. AINS
E. Opioizii

49. **Dieta folosită în puseele de activitate din cadrul bolilor inflamatorii intestinale presupune:** (292)
A. Excluderea laptelui
B. Excluderea grăsimilor
C. Consumarea legumelor crude
D. Consumarea fructelor
E. Excluderea lactatelor fermentate

50. **Din punct de vedere histopatologic, colangita sclerozantă primitivă este caracterizată astfel:** (291)
A. Stadiul 0 – infiltrat inflamator plasmocitar în spațiile porte
B. Stadiul 4 – ciroză
C. Stadiul 2 – se adaugă fibroză în spațiile porte și în parenchimul hepatic adiacent
D. Stadiul 3 – fibroză în punți
E. Stadiul 1 – infiltrat inflamator plasmocitar în spațiile porte și în parenchimul adiacent

51. **În evoluție colangita sclerozantă primitivă se poate complica cu:** (291)
A. Malabsorbția vitaminelor hidrosolubile ADEK
B. Ciroză biliară primitivă
C. Litiază renală
D. Litiază coledociană

E. Colangiocarcinom

52. **Referitor la complicațiile intestinale ale bolilor inflamatorii intestinale, următoarele sunt adevărate, CU EXCEPȚIA:** (288)
A. Ocluzia intestinală apare cu precădere în boala Crohn
B. Cancerul colonic are aspect polipoid, ulcerat sau infiltrativ
C. Stenozele apar la o treime dintre pacienții cu colită ulcerativă şi sunt secundare inflamației şi fibrozei
D. Sindromul de malabsorbție este întâlnit frecvent în colita ulcerohemoragică
E. Fistulele abdominale apar secundar fistulelor care străbat peretele intestinal

53. **Afirmațiile ADEVĂRATE în legătură cu scorul Mayo utilizat în bolile inflamatorii intestinale sunt:** (286)
A. Include atât parametrii clinici cât şi endoscopici
B. Un scor mai mic sau egal cu 2 reprezintă stadiul incipient
C. În formele medii este cuprins între 6-10
D. În formele severe este cuprins între 12-15
E. Parametrii utilizați sunt: vârstă diagnostic, localizare, comportament

54. **În colita nedeterminată se regăsesc următoarele:** (286)
A. Ulcerele profunde
B. Fisurile
C. Granuloamele
D. Depleția celulelor caliciforme
E. Afectarea transmurală

55. **Modificările macroscopice caracteristice bolii Crohn sunt:** (285)
A. Localizarea în orice segment al tubului digestiv
B. Stricturile frecvente
C. Ulcerele aftoide, profunde
D. Afectează frecvent colonul stâng
E. Afectează doar mucoasa.

56. **Referitor la modificările microscopice ale colitei ulcerative sunt adevărate, CU EXCEPȚIA:** (285)
A. Infiltratul inflamator focal
B. Prezența metaplaziei celulelor Paneth
C. Depleția de mucus frecventă
D. Hipertrofia musculară frecventă
E. Prezența glandelor criptice distorsionate, ramificate

57. **Bolile inflamatorii intestinale se asociază cu următoarele sindroame genetice:** (275)
   A. Sindromul Down
   B. Sindromul Turner
   C. Sindromul Hermansky-Pudlak
   D. Sindromul Klinefelter
   E. Sindromul Williams

58. **Antioxidanții cu rol important în menținerea homeostaziei intestinale sunt:** (275)
   A. Glutation peroxidaza
   B. Speciile reactive de nitrogen – NO
   C. Glutation S transferaza
   D. Radicalii liberi de oxigen – ROS
   E. Metaloproteaza matricei – MMP

59. **Referitor la răspunsul imunologic din cadrul bolilor inflamatorii intestinale, activarea subsetului Th1 exprimă:** (278)
   A. IL-2
   B. INF-gamma
   C. IL-6
   D. IgG1
   E. IgG2

60. **Care sunt consecințele secreției în exces a citokinelor inflamatorii?** (278)
   A. Scăderea permeabilității intestinale
   B. Vasoconstricția
   C. Hipersecreția de mucus
   D. Eliberarea de factori chemotactici
   E. Apariția edemului și a hiperemiei

61. **În colita ulcerativă se descriu următoarele manifestări clinice:** (279)
   A. Tenesmele rectale
   B. Sindromul diareic însoțit de produse patologice
   C. Hematemeza
   D. Durerea localizată în hipocondrul drept
   E. Rectoragiile

62. **Manifestările clinice ale proctosigmoiditei ulcerative NU sunt:** (279)
   A. Diareea
   B. Durerea abdominală difuză
   C. Distensia abdominală marcată
   D. Tahicardia
   E. Rectoragiile

63. **Scorul Truelove-Witts cuprinde următorii parametri, CU EXCEPȚIA:** (280)
A. Temperatura
B. VSH (mm/h)
C. Vârstă diagnostic
D. Aprecierea medicală a severității
E. Pulsul

64. **Sub aspect evolutiv, forma fulminantă a colitei ulcerative se caracterizează prin:** (280)
A. Stare generală alterată
B. Pusee moderate, repetate
C. Diaree cu scaune numeroase
D. Rectoragii
E. Evoluție peste 6 luni

65. **Boala Crohn la nivelul tubului digestiv superior poate fi acompaniată de:** (281)
A. Dureri mezogastrice
B. Fistule duodenale
C. Vărsături
D. Grețuri
E. Icter obstructiv

66. **Aprecierea severității bolii Crohn, conform scorului CDAI, conține următoarele variabile CU EXCEPȚIA:** (282)
A. Prezența complicațiilor (artralgii, artrite, uveite, eritem nodos, fistule)
B. Prezența maselor abdominale
C. Hematocritul sub 30% la bărbați
D. Administrarea de opiacee sau antidiareice
E. Starea generală zilnică, timp de 14 zile

67. **Explorările paraclinice utilizate în bolile inflamatorii intestinale sunt:** (282)
A. Examinarea endoscopică
B. Markerii fecali
C. Markerii serologici
D. pH metria
E. Sumarul urină

68. **Următoarele modificări reprezintă expresia malabsorbției din cadrul bolilor inflamatorii intestinale:** (282)
A. Hipomagnezemia
B. Hipopotasemia
C. Creșterea proteinelor și a albuminei
D. Deficitul de vitamina B12
E. Deficitul vitaminelor liposolubile

69. **Modificările endoscopice de la nivelul mucoasei din colita ulcerativă sunt:** (283)
A. „Piatră de pavaj"
B. Ulcerele serpiginoase
C. Friabilitatea, sângerarea spontană la atingere
D. Ulcerațiile pleomorfe
E. Eroziunile

70. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la enteroclismă?** (284)
A. Poate evidenția ulcerații aftoide
B. Poate aduce informații cu privire la peretele gastric
C. Presupune intubație jejunală
D. Poate evidenția leziuni la nivel hepatic sau a veziculei biliare
E. Explorează intestinul subțire în cadrul bolii Crohn

71. **Un pacient diagnosticat cu boală Crohn la vârsta de 25 de ani, localizată la nivel ileocolonic, cu o formă clinică evolutivă a bolii (comportament) penetrantă, este încadrat conform clasificării Montreal astfel:** (287)
A. A1
B. A2
C. L4
D. L3
E. B3

72. **Cele mai frecvente manifestări extraintestinale cutanate ale bolilor inflamatorii intestinale cutanate sunt:** (290)
A. Psoriazisul
B. Pioderma gangrenosum
C. Eritemul lupic
D. Eritemul nodos
E. Pitiriazisul versicolor

73. **Diagnosticul manifestărilor pulmonare din cadrul bolilor inflamatorii intestinale se realizează prin:** (291)
A. Toracocenteză
B. Computer tomografie
C. Radiografie pulmonară simplă
D. Teste respiratorii funcționale
E. Examen clinic, prin auscultația pulmonară

74. **Principalele obiective ale tratamentului bolilor inflamatorii intestinale sunt:** (292)
A. Tratamentul puseelor active
B. Menținerea remisiunii şi prevenirea recăderilor
C. Inducerea remisiunii clinice, endoscopice, histologice
D. Prevenirea şi tratamentul complicațiilor

E. Niciuna de mai sus

75. **Referitor la carcinomul hepatocelular, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (328)
A. Reprezintă o complicație a cirozei hepatice
B. Riscul major de apariție este reprezentat de cirozele hepatice virale și alcoolice
C. Depistarea se realizează prin monitorizarea o dată la 3 ani a pacienților cirotici
D. Diagnosticul precoce se realizează cu ajutorul α-fetoproteinei și a ecografiei
E. Hemocromatoza reprezintă un risc major în dezvoltarea carcinomului hepatocelular

76. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la peritonita bacteriană spontană?** (327)
A. Diagnosticul se bazează pe examenul lichidului de ascită
B. Formele cu citologie pozitivă și culturi negative se numesc ascite neutrocitare
C. Formele cu citologie săracă și culturi pozitive se numesc bacteriascite
D. Tratamentul de elecție se realizează cu penicilina G
E. Etiologia este întotdeauna plurimicrobiană

77. **Criteriile adiționale de diagnostic în complicațiile renale sunt:** (326)
A. Inconstante
B. Oligoanuria sub 500 ml/zi
C. Na urinar sub 10 mEq/zi
D. Osmolaritatea urinară mai mică decât cea plasmatică
E. Na seric sub 130 mEq/L

78. **Despre clasificarea West-Haven sunt ADEVĂRATE următoarele:** (324)
A. Gradul 3 – somnolență, dezorientare temporo-spațială, confuzie marcată, hiporeflexie osteotendinoasă
B. Gradul 1 – confuzie, depresie, disartrie, inversarea ritmului nictemeral, modificări de comportament
C. Gradul 4 – comă, hiperreflexie osteotendinoasă, hipertonie musculară, asterixis
D. Gradul 2 – obnubilare, comportament inadecvat, letargie, bradilalie, amnezie, somnolență, asterixis, hipertonie-semnul roții dințate
E. Gradul 3 – modificări de dispoziție și de comportament, inabilitatea de a efectua activități mentale, letargie, somnolență

79. **Obiectivele terapiei în encefalopatia hepatică sunt:** (324)
A. Creșterea aportului de proteine către ficat
B. Combaterea toxicității cerebrale a NH3
C. Susținerea funcției hepatice
D. Combaterea factorilor precipitanți
E. Proteinele vegetale sunt contraindicate

80. **Care sunt afirmațiile corecte referitoare la intervențiile chirurgicale profilactice folosite în HDS, complicație a cirozei hepatice?** (322)
A. Sunt reprezentate de șunturile porto-cave
B. Cresc riscul de resângerare, fără a îmbunătăți mortalitatea
C. Sunt contraindicate în clasa Child C
D. Sunt contraindicate în clasa Child B
E. Șunturile pot diminua encefalopatia

81. **Factorii precipitanți în instalarea tabloului de encefalopatie sunt:** (323)
A. Depleția hidroelectrolitică
B. Hemoragia digestivă inferioară
C. Constipația
D. Administrarea de toxice hepatice
E. Administrarea de toxice cerebrale

82. **Semnele și simptomele clinice de encefalopatie hepatică includ, CU EXCEPȚIA:** (323)
A. Alterările conștienței: apatie, confuzie, stupoare, obnubilare, tulburări psihiatrice
B. Modificările de personalitate: iritabilitate, comportament juvenil, euforie, dezinteres familial
C. Perturbările vegetative: hiposomnie, hipovenitlație, hipopirexie centrală
D. Reflexele osteo-tendinoase abolite
E. Tulburările senzitivo-motorii și ale reflexelor: asterixis, amaurozăă tranzitorie, hipertonie extrapiramidală

83. **Obiectivele tratamentului în hemoragia digestivă superioară sunt următoarele:** (321)
A. Reechilibrarea volemică
B. Prevenirea infecțiilor prin administrarea de antibiotic din clasa penicilinelor
C. Prevenirea recidivelor
D. Prevenirea encefalopatiei
E. Oprirea hemoragiei

84. **Referitor la transplantul hepatic din cadrul cirozei hepatice, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (320)
A. Stratificarea pacienților pe listele de transplant se face cu ajutorul scorului Child
B. Ciroza hepatică reprezintă la ora actuală a 3-a cauză de transplant hepatic
C. Infecțiile active, cu sepsis, reprezintă o contraindicație absolută a transplantului hepatic
D. Pacienții urmează tratament imunosupresor în vederea prevenirii rejectului
E. Infecția HIV necontrolată sau SIDA reprezintă o contraindicație relativă a transplantului hepatic

85. **Riscul sângerării variceale din cadrul cirozei hepatice NU este corelat cu următorii factori:** (321)
   A. Dimensiunile varicelor
   B. Coloraţia albastră
   C. Prezenţa semnelor roşii (*red color sign*)
   D. Prezenţa mărcilor albe (*white wales marking*)
   E. Absenţa eroziunilor

86. **Contraindicaţiile relative ale transplantului hepatic sunt:** (320)
   A. Vârsta avansată
   B. Tromboza portală
   C. Prezenţa unei boli cardiace avansate
   D. Infecţiile active cu sepsis
   E. Afecţiunile renale însoţite de insuficienţă renală

87. **Tratamentul patogenic al cirozei hepatice vizează următoarele mecanisme:** (319)
   A. Reducerea inflamaţiei hepatice
   B. Alterarea căilor de semnalizare intracelulară
   C. Creşterea sintezei matricei extracelulare
   D. Scăderea degradării fibrelor de colagen
   E. Apoptoza celulelor stelate

88. **Referitor la tratamentul formelor metabolice de ciroză hepatică, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (319)
   A. Pacienţii cu hemocromatoză pot fi trataţi prin venesecţii repetate
   B. În boala Wilson se poate administra D-penicilamină
   C. Tratamentul cu chelatori de fier este indicat pacienţilor cu hemocromatoză
   D. Tratamentul în boala Wilson se menţine la doza iniţială minim 18 luni
   E. În boala Wilson se recomandă administrarea de desferioxamină

89. **Măsurile generale privind tratamentul cirozei hepatice necomplicate sunt, CU EXCEPŢIA:** (318)
   A. Aportul caloric minim de 2000 calorii pe zi
   B. Poate fi necesară suplimentarea dietei cu vitamine din grupul B, acid folic, electroliţi
   C. Din totalul caloric/zi sunt necesare 20% glucide
   D. Din totalul caloric/zi sunt necesare 30-40% proteine
   E. Activitatea fizică este recomandată în cazul cirozelor avansate

90. **Un pacient diagnosticat cu ciroză hepatică în 2010 prezintă următoarele modificări: bilirubină serică 4 mg%, albuminemie 3g%, ascită în cantitate moderată, encefalopatie moderată și un indice de protrombină de 60%. Conform clasificării Child-Pugh, pacientul prezintă:** (317)
A. Un scor de 10 puncte
B. Un scor de 11 puncte
C. Un scor de 9 puncte
D. Este încadrat în clasa Child B
E. Este încadrat în clasa Child C

91. **Referitor la hepatomegalia de stază, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (316)
A. Apare în afecțiuni însoțite de insuficiență cardiacă dreaptă
B. Are consistență dură
C. Este sensibilă la palpare
D. Se asociază cu splenomegalia
E. Prezintă reflux hepatojugular

92. **Tabloul clinic din ciroza biliară secundară asociază următoarele:** (314)
A. Colestază
B. Steatoree
C. Malabsorbție
D. Creștere a excreției urinare a cuprului
E. Cardiomiopatie prin depuneri de fier

93. **Ciroza biliară primitivă se caracterizează din punct de vedere clinic astfel:** (313)
A. Simptomul de debut este icterul
B. Icterul se însoţeşte de urini hipocrome, steatoree
C. Se întâlnesc xantoame cutanate
D. Se pot produce fracturi pe os patologic datorate osteoporozei
E. Creşterea lentă în greutate

94. **Modificările cutaneo-mucoase din sindromul de insuficiență hepatică sunt:** (309)
A. Steluțele vasculare
B. Eritemul palmar
C. Unghiile albe
D. Petele roșii la nivelul brațelor
E. Icterul

95. **Afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la corpii Mallory sunt:** (307)
A. Sunt sugestivi pentru ciroza hepatică de etiologie infecțioasă
B. Reprezintă prezența hialinului extracelular şi intracelular
C. Sunt sugestivi pentru ciroza biliară primitivă
D. Sunt sugestivi pentru ciroza de etiologie alcoolică

E. Se regăsesc frecvent în hemocromatoză

96. **Perturbarea metabolismului proteic în insuficiența hepatocelulară se manifestă prin, CU EXCEPȚIA:** (307)
A. Creșterea sintezei de albumină
B. Tulburările în ureogeneză cu creșterea amoniemiei
C. Tulburările în metabolismul acizilor biliari
D. Scăderea concentrației de tirozină, metionină și fenilalanină
E. Perturbările în degradarea unor hormoni

97. **Citokinele care stimulează regenerarea hepatocitelor sunt, CU EXCEPȚIA:** (306)
A. EGF (*epidermal growth factor*)
B. HGF (*hepatocyte growth factor*)
C. TGF-β1 (*transforming growth factor-β)*
D. HBGF (*heparin-binding growth factor*)
E. TGF-α (*transforming growth factor-α*)

98. **Care dintre următoarele sunt cauze rare ale cirozei hepatice?** (304)
A. Ciroza după by-pass
B. Toxoplasmoza
C. Boala Gaucher
D. Glicogenozele tip IV
E. Ciroza criptogenă

99. **Sunt contraindicații absolute de transplant hepatic următoarele, CU EXCEPȚIA:** (320)
A. Infecția HIV necontrolată sau SIDA
B. Imposibilitatea fizică sau psihică de a suporta intervenția
C. Vârsta avansată
D. Afecțiunile renale însoțite de insuficiență renală
E. Prezența unei boli cardiace sau pulmonare avansate

100. **Medicamentele care vizează încetinirea sau oprirea progresiei fibrozei din cadrul cirozei hepatice sunt:** (319)
A. Colchicina
B. IL-8
C. Antioxidanții
D. Acidul ursodeoxicolic
E. Pentoxifilina

101. **Referitor la stadiile histologice ale cirozei biliare primitive, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (314)
A. Stadiul 2 – dominat de apariția fibrozei
B. Stadiul 4 – este cel de ciroză

C. Stadiul 1 – leziuni ductulare de tip infecțios
D. Stadiul 3 – dominat de apariția fibrozei, inflamația diminuă
E. Stadiul 0 – leziuni ductulare de tip inflamator

102. **Din punct de vedere clinic, hemoragiile digestive superioare din cadrul cirozei hepatice se caracterizează prin:** (321)
A. Asociază semne de anemie acută hemoragică
B. Hematemeză repetitivă urmată de melenă
C. Hemoragiile variceale de obicei sunt discrete
D. Dureri abdominale epigastrice
E. Diagnosticul poate fi confirmat prin tușeu rectal sau aspirație naso-gastrică

103. **Referitor la tratamentul insuficienței hepatice cronice, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (319)
A. Tratamentul hipertensiunii portale presupune administrarea de beta-blocante sau mononitrați
B. Tratamentul ascitei presupune mișcare fizică moderată, restricție sodată, administrare de diuretice antialdosteronice
C. Se utilizează TIPS amplasat sub ghidaj fluoroscopic în ascita refractară
D. Pacienții necesită paracenteze repetate >5L (asociate sau nu cu administrare i.v. de albumină umană)
E. Se recomandă dietă, repaus la pat și administrarea de suplimente de vitamine și hepatoprotectoare

104. **Testul Forns neinvaziv, folosit pentru evaluarea fibrozei hepatice, cuprinde următoarele componente:** (312)
A. Trombocite
B. AST
C. GGT
D. Apolipoproteina A
E. Colesterol

IV. DIABETUL ZAHARAT

Complement simplu:

1. **Următoarele sunt criterii de diagnostic pozitiv ale diabetului zaharat, CU EXCEPŢIA**: (333)
   A. HbA1c ≥ 6,5 %
   B. Glicemie ≥ 200mg/dL în orice moment al zilei la subiectul asimptomatic
   C. Glicemia *á jeun* ≥ 126 mg/dL
   D. Glicemie ≥ 200 mg/dL la 2 ore de la încărcarea cu glucoză (TTGO)
   E. Glicemie ≥ 200 mg/dL în orice moment al zilei la subiectul care prezintă: poliurie, polidipsie, polifagie, scădere ponderală

2. **Care din enunţurile următoare referitoare la diabetul gestaţional este ADEVĂRAT?** (333,335)
   A. Apare la aproximativ 0,7 % dintre femeile gravide
   B. Este reprezentat de orice perturbare a glicemiei care este diagnosticată în timpul sarcinii: DZ, alterarea glicemiei *á jeun*, scăderea toleranţei la glucoză
   C. Este un tip specific de diabet, numit anterior DZ secundar şi reprezintă 1-2 % din toate cazurile de diabet
   D. Deoarece un număr mare din femeile diagnosticate cu DZ gestaţional pot avea DZ tip 2 anterior sarcinii, se recomandă ca la 6-12 zile după naştere să se efectueze o hiperglicemie provocată cu 75 g de glucoză, pentru a verifica persistenţa DZ
   E. Pentru diagnosticul pozitiv, valoarea glicemiei *á jeun* trebuie să fie ≥ 126 mg/dL (după săptămâna 24)

3. **Care din următoarele NU reprezintă o complicaţie acută a diabetului zaharat?** (335)
   A. Coma hiperosmolară diabetică (CHOD)
   B. Cetoacidoza diabetică (CAD)
   C. Acidoza lactică (AL)
   D. Arteriopatia membrelor inferioare
   E. Hipoglicemiile

4. **Referitor la cetoacidoza diabetică (CAD) următoarele afirmaţii sunt false, CU EXCEPŢIA:** (335)
   A. Este o acidoză metabolică, indusă de creşterea producţiei corpilor cetonici, paralel cu creşterea degradării şi eliminării lor
   B. Incidenţa reală este dificil de apreciat, este estimată la 6,4-8 episoade la 1000 pacienţi/an
   C. Elemente paraclinice: hiperglicemie > 250 mg/dL, glicozurie, cetonurie, acidoză metabolică, osmolaritate plasmatica > 340 mOsm/L
   D. Deshidratarea este globală, cu predominanţă intracelulară
   E. Este rezultatul deficitului absolut sau relativ de insulină endo- sau exogenă şi excesului de hormoni de contrareglare

5. **Care din enunţurile următoare referitoare la complicaţiile acute ale diabetului zaharat este ADEVĂRAT?** (339)
   A. Coma hiperosmolară diabetică se caracterizează prin hiperglicemie severă, hiperosmolaritate plasmatica > 340 mOsm/l, deshidratare variabilă, absenţa cetoacidozei şi mortalitate scăzută sub 5 %
   B. Elemente de prognostic infaust în cetoacidoza diabetică sunt coma profundă, hipertermia, oligoanuria
   C. Factorii precipitanţi în hipoglicemii pot fi: insuficienţa renală, hepatică sau corticosuprarenală
   D. Prognosticul în acidoza lactică (AL) este sever, mortalitatea fiind de 10-30%
   E. Triada Whipple este definiţia hipoglicemiilor şi este caracterizată prin scăderea glicemiei sub 50 mg/dL

6. **Un pacient cu cetoacidoză diabetică (CAD) cu un pH= 7,25, exces baze= -12 mEq/L, rezerva alcalină= 13 mEq/L, conform parametrilor Astrup prezintă:** (336)
   A. CA incipientă
   B. CA moderată
   C. CA avansată (precomă)
   D. CA severă (comă)
   E. Valori normale

7. **Un pacient diabetic prezintă modificări ale eRFG =50 ml/min/1,73 m^2şi un raport albumină/creatinină urinară = 200 mg/g, valori persistente pe o perioadă mai mare de 3 luni. Conform ghidului KDIGO, prognosticul bolii cronice de rinichi al pacientului, luând în considerare cele două elemente este:** (342)
   A. Risc crescut
   B. Risc foarte crescut
   C. Risc moderat crescut
   D. Risc normal sau uşor crescut
   E. Nu prezintă risc

<u>Complement multiplu</u>:

8. **Tratamentul nefarmacologic în DZ NU include:** (347)
   A. Optimizarea stilului de viaţă (OSV)
   B. Un necesar caloric adaptat la greutatea fiziologică şi consumul energetic
   C. Un raport al principiilor nutritive apropiat de cel normal: 50-55% proteine, 25-30% lipide, 15-20% hidraţi de carbon
   D. Combaterea stresului psihic
   E. Reducerea lipidelor saturate sub 7 % din totalul caloric şi creşterea ingestiei de acizi graşi *cis*

9. **Dintre categoriile de risc crescut pentru diabet (prediabet) NU face parte:** (333)
   A. Glicemia *á jeun* 110-125 mg/dL este definită ca alterarea toleranţei la glucoză (IFG= Impaired Fasting Glucose)
   B. Glicemia *á jeun* ≥ 126 mg/dL (recoltată la peste 8 ore de la ultima masă)
   C. HbA1c cu valoare între 5,7-6,4%

D. Glicemia de 200 mg/dL la 2 ore după TTGO este definită ca alterarea toleranţei la glucoză (IGT= Impaired Glucose Tolerance)
E. Glicemia de 140-199 mg/dL la 2 ore după încărcarea cu glucoza în cadrul hiperglicemiei provocate cu 75 g glucoză (IGT= Impaired Glucose Tolerance)

10. **Referitor la clasificarea etiologică a DZ, care dintre următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE?** (334)
A. Diabetul de tip 1 (anterior DZ neinsulinodependent) apare prin alterarea progresivă a secreţiei de insulina
B. Diabetul de tip 2 (anterior DZ insulinodependent) se caracterizează prin deficit absolut de insulină, dat de distrugerea celulelor beta
C. Sindromul MODY reprezintă 10 % din pacienţii cu DZ de tip 2
D. Diabetul gestaţional apare la aproximativ 7 % dintre femeile gravide
E. Diabetul lipoatrofic este determinat de o anomalie de transmitere a semnalului postreceptor

11. **Factorii implicaţi în apariţia complicaţiilor cronice ale DZ sunt următorii, CU EXCEPŢIA:** (340)
A. Factorul genetic: gena apoproteinei E, gena apo (a)
B. Modificările lipidice (dislipidemia)
C. Durata bolii
D. Vârsta tânără
E. Perturbările la nivelul proteinkinazelor: Proteinkinaza C (PKC)

12. **Afirmaţiile ADEVĂRATE cu privire la tratamentul cetoacidozei diabetice sunt:** (337)
A. Profilaxia primară vizează combaterea factorilor favorizanţi
B. Profilaxia secundară presupune combaterea complicaţiilor induse de tratamentul intempestiv al comei acidoacetozice
C. Combaterea hiperglicemiei cu insulină cu acţiune intermediară (Humulin N), în bolus iniţial, urmată de perfuzie i.v. până la dispariţia cetonuriei
D. Combaterea acidozei se face atunci când pH-ul este < 7,3
E. Corectarea deficitului de K^+ începe după minimum o oră de tratament, iar cantitatea se corelează cu valorile ionogramei, prezenţa diurezei şi aspectul ECG

13. **Coma hiperosmolară diabetică în perioada de stare se caracterizeaza prin:** (338)
A. Stare de deshidratare accentuată
B. Hipotermie
C. Tulburări neurologice
D. Hiponatremie
E. Hipopotasemie

14. **Care dintre următoarele enunţuri NU sunt adevărate cu privire la acidoza lactică?** (339)
    A. Medicamente precum biguanide, salicilaţi şi antiretrovirale pot fi factori precipitanţi
    B. Perioada prodromală este caracteristică şi constantă, cu astenie musculară progresivă şi crampe musculare
    C. În perioada de stare apare respiraţia Küssmaul (cu miros de acetonă)
    D. Raportul acid lactic/acid piruvic este crescut peste 10/1
    E. Prognostic este sever iar mortalitatea este de 30-70%

15. **Triada Whipple este definită prin:** (339)
    A. Scăderea glicemiei sub 70 mg/dL
    B. Remisia simptomatologiei după aport de glucagon
    C. Simptome şi semne specifice
    D. Remisia simptomatologiei după aport de glucide
    E. Este caracteristică hiperglicemiilor

16. **Semnele de activare simpatoadrenergică din cadrul hipoglicemiilor sunt:** (340)
    A. Somnolenţa
    B. Tahicardia
    C. Ataxia
    D. Anxietatea
    E. Paloarea

17. **Care dintre următoarele situaţii referitoare la clasificarea nefropatiei diabetice (Mogensen) sunt FALSE?** (342)
    A. Stadiul I „silenţios": rinichi de volum crescut, membrana glomerulară îngroşată, albuminurie, TA normală
    B. Stadiul II, de hiperfuncţie/hiperfiltrare glomerulară: mezangiu expansionat, albuminurie normală, TA normală/uşor crescută
    C. Stadiul III, nefropatie diabetică incipientă: microalbuminurie persistentă (>200 µg/min)
    D. Stadiul IV, nefropatie diabetică clinică sau patentă („overt"): scleroză glomerulară severă, albuminuria în stadiul precoce >200 µg/min cu tendinţă continuă de creştere
    E. Stadiul V, de IRC terminală: scleroză glomerulară difuză, filtrat glomerular scăzut, sub 30ml/min/1,73m^2

18. **Selectaţi enunţurile FALSE referitoare la retinopatia diabetică (RD):** (343)
    A. Stadiile evolutive ale RD sunt: neproliferativă, preproliferativă şi proliferativă, proliferativă complicată
    B. Microanevrismele, hemoragiile şi exsudatele sunt caracteristice RD proliferative
    C. Vitrectomia se recomandă RD proliferative
    D. Panfotocoagularea se indică în toate RD proliferative şi preproliferative, atunci când există risc de agravare rapidă
    E. Se pot face injecţii în vitros cu cortioizi (edem macular refractar) sau cu anti-factor de creştere vasculară (în neovase)

19. **Referitor la neuropatia diabetică, care dintre următoarele enunţuri sunt ADEVĂRATE?** (343)
    A. Este cea mai precoce şi frecventă complicaţie a DZ
    B. Mecanismele prin care hiperglicemia poate determina neuropatia diabetică pot fi ischemice şi metabolice
    C. Polineuropatie diabetică are ca mecanism patogenetic principal ischemia
    D. Neuropatia focală şi multifocală are ca mecanism patogenetic principal tulburările metabolice
    E. În polineuropatia diabetică reflexele osteotendinoase sunt abolite

20. **Dintre manifestările frecvent întâlnite în neuropatia autonomă în DZ, NU fac parte:** (344)
    A. Hipotensiunea ortostatică
    B. Diareea predominant diurnă
    C. Apneea de somn
    D. Vezica neurogenă
    E. Anasarca

21. **Particularităţi ale gangrenei neuropată sunt, CU EXCEPŢIA:** (345)
    A. Puls arterial absent
    B. Tegumente cianotice sau palide, cu temperatură scăzută
    C. Gangrenă umedă sau uscată
    D. ROT abolite
    E. Răspunde favorabil la tratament medicamentos instituit precoce, dacă nu au apărut leziuni osoase

22. **Selectaţi variantele FALSE referitoare la „piciorul Charcot":** (346)
    A. Mai poartă denumirea de osteoartropatie diabetică sau „piciorul neuropatic"
    B. Apare la 5 % din pacienţii cu DZ
    C. Piciorul este deformat, scurtat, cu prăbuşirea bolţii plantare
    D. Pulsul este de obicei absent şi fără tulburări ale sensibilităţii tactile, termice, dureroase, vibratorii
    E. Debutul poate fi acut sau insidios

23. **Referitor la medicamentele anti hiperglicemiante orale şi injectabile noninsulinice, următoarele afirmaţii sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (348)
    A. Biguanidele reprezintă prima opţiune terapeutică în DZ tip 1
    B. Sulfonilureicele îşi exercită efectul hipoglicemiant prin mecanisme pancreatice (creşterea sensibilităţii periferice la insulină) şi extrapancreatice (creşterea secreţiei de insulină)
    C. Tiazolidindionele reprezintă agonişti PPAR-gamma
    D. Inhibitorii alfa-glucozidazei acţionează prin reducerea scindării oligozaharidelor la nivelul enterocitelor
    E. Incretinmimeticele includ inhibitorii dipeptidil-peptidazei-4 (exenatid, liraglutid)

24. **Insuline prandiale sunt:** (349)
    A. Lispro
    B. Aspart
    C. Humulin R
    D. Detemir
    E. Glulisine

25. **Selectaţi enunţurile FALSE cu privire la insulinele prandiale:** (349)
    A. Sunt reprezentate de analogii de insulină cu acţiune rapidă şi de insulinele cu durată scurtă de acţiune
    B. Se pot administra subcutanat şi sunt singurele care se pot administra intravenos, intramuscular şi în pompele de insulină
    C. Insulinele umane cu durată scurtă de acţiune au o durată de acţiune totală efectivă mai redusă, comparativ cu analogii rapizi de insulină
    D. Insulinele cu acţiune scurtă au o durată de acţiune cuprinsă între 3-5 ore
    E. Analogii de insuline cu acțiune rapidă au debutul de acțiune la 10-15 minute după administrare.

26. **Incretinmimeticele (IM):** (348)
    A. Includ analogii receptorului GLP-1: Exenatid, Liraglutid
    B. Includ inhibitorii dipeptidil-peptidaze-4: Sitagliptin, Saxagliptina, Vildagliptin
    C. Efectele hipoglicemiante se datorează ameliorării secreției de insulină, dependentă de glucoză;
    D. Efectele hipoglicemiante se datorează creșterii apoptozei beta-celulare
    E. Se pot asocia în dubla terapie cu biguanidele

27. **Care sunt cauzele importante în apariția şi evoluția gangrenei diabetice?** (345)
    A. Factorul inflamator
    B. Neuropatia diabetică
    C. Factorul vascular
    D. Factorul infecțios
    E. Valoarea HbA1c

28. **Referitor la afectarea cardio-vasculară din DZ putem afirma, CU EXCEPŢIA:** (345)
    A. Cardiopatia ischemică cronică (CIC) este de 2-3 ori mai frecventă, mai precoce şi mai severă decât la nediabetici
    B. Infarctul miocardic (IMA) este de 10 ori mai frecvent decât la nediabetici
    C. Arteriopatia membrelor inferioare apare la 60 % din pacienții cu DZ
    D. În stadiul 2 al arteriopatiei membrelor inferioare, apare durerea de decubit
    E. Boala vasculară a trunchiurilor supraaortice este mai frecventă de 3 ori decât la nediabetici

V. HEMATOLOGIE- ONCOLOGIE

Complement simplu:

1. **Referitor la metabolismul fierului (Fe) sunt corecte următoarele enunţuri, CU EXCEPŢIA:** (354)
   A. Compuşii Fe se pot găsi în fracţiunea hem a unor proteine sau legaţi de o proteină
   B. Feritina este principala formă de depozit a Fe
   C. Cantitatea medie de Fe din dieta zilnică este de aproximativ 10-15 mg/zi
   D. Fierul anorganic se leagă de alimente bogate în fitaţi şi fosfaţi care stimulează absorbţia
   E. Majoritatea Fe (80-90 %) este folosit pentru Hb, mioglobină şi citocromi

2. **Care din următoarele NU este semn/simptom legat de efectele directe ale deficitului de Fe asupra ţesuturilor?** (356)
   A. Glosita
   B. Cheilita unghiulară
   C. Coilonichia
   D. Sclerotica albastră
   E. Hipertrofia gastrică

3. **Referitor la explorările paraclinice utilizate în anemiile hemolitice următoarele afirmaţii sunt adevărate, CU EXCEPŢIA**: (359)
   A. Hemoglobina şi Ht stabilesc intensitatea hemolizei
   B. LDH serică este crescută
   C. Testul antiglobulinic direct (T. Coombs) detectează prezenţa anticorpilor direcţionaţi împotriva eritrocitelor din serul pacientului cu hemoliză mediată imun
   D. Analiza frotiului de sânge evidenţiază prezenţa eritrocitelor policromatofile, a reticulocitelor şi a hematiilor nucleate
   E. Testul aglutininelor la rece detectează anticorpi la rece (IgM) în serul pacientului

4. **Simptomele/semnele care pot fi legate de hemoliza intravasculară din cadrul anemiilor hemolitice pot fi, CU EXCEPŢIA:** (358)
   A. Febra
   B. Frisoanele
   C. Durerile lombare
   D. Splenomegalia
   E. Insuficienţa renală

5. **Dozele zilnice recomandate (DZR) de vitamina B12 şi acid folic sunt, CU EXCEPŢIA:** (362)
   A. DZR de acid folic (AF) la adulţi (bărbaţi/femei fără sarcină) este 400 μg
   B. DZR de AF la femeile gravide este 600 μg
   C. DZR de AF la femeile care alăptează este 500 μg
   D. DZR de vitamina B12 este 2,4 μg la femeile gravide

E. DZR de vitamina B12 la femeile care alăptează este 2,8 μg

6. **Referitor la fiziologia vit. B12 şi acidului folic (AF) putem afirma, CU EXCEPŢIA**: (364)
   A. Peste 95 % din vit. B12 intracelulară se leagă de deoxiadenosilcobalamină sau meticobalamină
   B. Deoxiadenosilcobalamina mitocondrială este coenzimă pentru metionin sintetaza
   C. 5-metiltetrahidrofolat (metil-THF) contribuie la regenerarea metilcobalaminei formând astfel THF
   D. Odată cu inactivarea metionin-sintetazei în timpul deficitului de vit. B12, metil-THF se pierde extracelular, rezultând deficit de THF intracelular
   E. Când metionin-sintetaza este inhibată în timpul deficitului de vit. B12 sau AF, există o acumulare de aminoacizi din grupul tiol, homocisteină, cu efecte nocive asupra organismului

7. **Care din următoarele enunţuri cu privire la diagnosticul deficitului de AF/vit. B12 este FALS?** (367)
   A. Există 3 etape consecutive: recunoaştere, constatarea deficitului şi identificarea bolii de bază
   B. Pancitopenie de diferite grade: anemie macrocitară, reticulocitopenie, neutropenie şi trombocitopenie
   C. Nivelul metaboliţilor - homocisteina serică este crescută > 95 %, cu confirmarea clinică a deficitului de vit. B12; acidul metilmalonic (AMM) seric este crescut în ambele deficite
   D. Examinarea MO: hiperplazie triliniară cu hematopoieză megaloblastică
   E. Frotiu periferic: macro-ovalocite, neutrofile PMN hipersegmentate, megalotrombocite

8. **Care din următoarele enunţuri referitoare la epidemiologia leucemiilor este ADEVĂRAT?** (394)
   A. LAM poate afecta toate grupele de vârstă şi reprezintă 15-20% din leucemiile adultului
   B. LAL este întâlnită mai frecvent la copii, reprezintă aproximativ 75 % din cancerele apărute până la vârsta de 14 ani şi 25 % dintre tipurile de leucemii din pediatrie
   C. LMC poate să apară la orice vârstă cu o incidenţă de aproximativ 3/100.000/an
   D. LLC în majoritatea cazurilor apare după 50 ani şi este mai frecventă la rasă albă şi în ţările vestice
   E. Cea mai frecventă formă de leucemie care reprezintă 25-30% din totalul leucemiilor este LMC

9. **Care din următoarele NU reprezintă un tip de LAM conform clasificării morfologice FAB?** (372)
   A. LA nediferenţiată
   B. LA mieloblastică cu maturaţie
   C. LA cu displazie multiliniară

D. LA mielomonoblastică
E. Eritroleucemia acută

10. **Factorii de prognostic nefavorabil în LAM sunt, CU EXCEPŢIA:** (376)
A. Leucocitoza peste 50.000/mm³ la debut
B. Anomaliile genei FLT3
C. Sindromul CID
D. Subtipurile M0, M5, M6, M7
E. Gena de fuziune PML-RARα

11. **Conform clasificării morfologice FAB, LAL 3 se caracterizează prin:** (381)
A. Forma microlimfoblastică, cu limfoblaşti de talie mai redusă
B. Formă macrolimfoblastică, cu limfoblaşti de talie mai mare
C. Este întâlnită cel mai adesea la copii şi la 25-30 % dintre bolnavii adulţi
D. Forma cu celule Burkitt-like de talie mare
E. Este întâlnită cel mai adesea la adulţi (70 % din cazuri)

12. **Grupul de prognostic nefavorabil în LAL cuprinde, CU EXCEPŢIA**: (383)
A. Vârstă peste 60 ani
B. Număr leucocitar < 30.000/mm³
C. Afectarea SNC
D. Imunofenotip pro-B, pre-B
E. Imunofenotip pro-T

13. **Cromozomul Ph1 este markerul specific al**: (385)
A. LAL
B. LMC
C. LAM
D. LLC
E. Limfomului Burkitt

14. **Semnul cel mai constant întâlnit în LMC este:** (386)
A. Hepatomegalia
B. Manifestările neurologice
C. Splenomegalia
D. Adenopatia generalizată şi simetrică
E. Leziunile leucemice cutanate

15. **Despre scorul Sokal putem afirma următoarele, CU EXCEPŢIA:** (388)
A. Se bazează pe vârsta pacientului
B. Se bazează pe mărimea splinei şi procentul de blaşti în momentul diagnosticului
C. Identifică grupa de bolnavi cu risc scăzut (scor <0,8) şi RCyC (răspuns citogenetic complet) 91%
D. A fost elaborat pentru pacienţii trataţi cu inferferon α (α-interferon)
E. Identifică grupa de bolnavi cu risc crescut (scor 1,2) şi RCyC 69%

16. **Identificaţi varianta FALSĂ referitoare la factorul genetic ZAP-70**: (395-399)
   A. Este o proteină citoplasmatică (o tirozin kinază)
   B. În mod normal este exprimat pe limfocitele T
   C. Prezenţa lui sugerează un prognostic favorabil
   D. Este prezent în LLC, caracterizată prin status nemutant al genei pentru lanţul greu de Ig
   E. Este asociat cu absenţa mutaţiei Ig V_H (germline Ig V_H)

17. **Examenul obiectiv în LLC poate evidenţia, CU EXCEPŢIA:** (396)
   A. Adenopatia generalizată şi simetrică
   B. Hepatomegalia, în 60-70% din cazuri
   C. Splenomegalia, cel mai adesea moderată
   D. Leziunile leucemice cutanate, sub formă de dermită pruriginoasă
   E. Infiltraţiile în organe interne: glande salivare şi lacrimale (sindrom Mikulicz)

18. **Iniţierea tratamentului în LLC se face în prezenţa următoarelor elemente care indică progresia bolii, CU EXCEPŢIA:** (400)
   A. Simptome generale: scădere ponderală, transpiraţii nocturne >1 lună
   B. Insuficienţă medulară progresivă cu anemie şi/sau trombocitopenie
   C. Anemie şi/sau trombocitopenie imună non-responsive la corticoterapie
   D. Hipergamaglobulinemie simptomatică
   E. Splenomegalie progresivă sau simptomatică (compresivă)

19. **Conform clasificării OMS 2008, limfoproliferările maligne de linie B sunt, CU EXCEPŢIA:** (405)
   A. Limfomul limfoblastic
   B. Leucemia limfatică cronică B
   C. Mielomul multiplu
   D. Limfomul zonei de manta
   E. Mycosis fungoides/sindromul Sezary

20. **Următoarele afirmaţii referitoarele la limfomul Hodkin (LH) NU sunt adevărate:** (406)
   A. Este o neoplazie a ţesutului limfoid
   B. Este caracterizat prin prezenţa celulelor maligne Reed-Sternberg şi Hodkin
   C. Poate apărea la orice varstă
   D. Virusul uman legat de limfomul cu celule T (HTLV-1) este un retrovirus implicat în etiopatogeneza limfomului cu celule B, o formă de LH
   E. Infecţia cu EBV este considerată ca fiind una din etapele probabile în apariţia fenotipului malign

21. **Conform stadializării Ann Arbor, un pacient cu LH care prezintă adenopatii laterocervicale, mediastinale şi inghinale, febră, mase ganglionare 9 cm în diametru, un raport mediastin/torace de 0,3 şi un infiltrat pulmonar drept, contiguu la adenopatiile mediastinale, stadiul acestui pacient va fi:** (410)
    A. IIBEX
    B. IIAEX
    C. IIIBE
    D. IIIBEX
    E. IIBE

22. **Referitor la manifestările clinice în LH următoarele sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (407)
    A. Febra apare în lipsa altor cauze (infecţii) şi este tipic caracterul continuu (febră tip Pel Ebstein)
    B. Ganglionii pot atinge dimensiuni de peste 10 cm („bulky")
    C. Simptomele B: scădere în greutate-febră-transpiraţii, sunt tipice
    D. Poate apărea splenomegalie, hepatomegalie, infiltrate extraganglionare (în cazurile avansate)
    E. Rar, adenopatiile apar subdiafragmatic (inghinal, abdominal)

23. **Referitor la factorii predispozanţi implicaţi în etiopatogeneza limfoamelor non-Hodkin (LNH) putem afirma următoarele, CU EXCEPŢIA:** (414)
    A. Virusul Ebstein-Barr (EBV) este implicat probabil în etapele iniţiale ale transformării maligne în anumite subtipuri de LNH
    B. Virusul uman legat de limfomul cu celule T (HTLV-1), cunoscut sub denumirea de virusul sarcomului Kaposi, este implicat în etiopatogeneza bolii Castleman
    C. Virusul imunodeficienţei umane (HIV) duce la creşterea importantă a incidenţei LNH la subiecţii HIV- pozitivi
    D. Infecţia cu *Helicobacter pylori* (HP) este implicată în majoritatea cazurilor de LNH gastrice
    E. Infecţia cu *Chlamidia psitacci* este implicată în LNH ale anexelor oculare

24. **Care din următorii markeri imunofenotipici întâlniţi în LNH este un marker nespecific pentru celulele proliferante aflate în ciclul celular?** (416)
    A. Ki-1
    B. Ciclina D1
    C. BCL-2
    D. Ki-67
    E. CD-25

25. **Conform scorului prognostic IPI (International Prognostic Index), un pacient în vârstă de 65 de ani, cu LNH difuz cu celule mari B, Stadiul II Ann Arbor, LDH crescută şi cu indicele de performanţă 2, este încadrat grupei de risc:** (418)
    A. Nu are risc
    B. Scăzut/intermediar
    C. Intermediar/crescut

D. Scăzut
E. Crescut

Complement multiplu:

26. **Referitor la explorările paraclinice din anemia feriprivă sunt CORECTE următoarele afirmaţii:** (356)
    A. Primul semn este scăderea MCV, urmat de creşterea RDW-ului
    B. Creşte nivelul seric al Fe şi capacitatea de legare a Fe (CTLF)
    C. O saturaţie a transferinei >10% cu o CTLF crescută confirmă diagnosticul de deficit de Fe
    D. Feritina serică reflectă depozitul de Fe al organismului, o valoare mai mică de 12 mg exprimă deficit de Fe
    E. Biopsia osteomedulară confirmă diagnosticul

27. **Care dintre următoarele sunt anemii microcitare?** (355)
    A. Thalasemia (alfa sau beta)
    B. Anemia sideroblastică
    C. Anemia aplastică
    D. Anemia provocată de boli cronice
    E. Anemia pernicioasă

28. **Fierul parenteral este indicat în anemia feriprivă atunci când:** (357)
    A. Există riscul de recurenţă precoce a anemiei
    B. Se asociază cu acidul folic
    C. Există malabsorbţie de Fe
    D. Există o pierdere de Fe din tractul gastrointestinal care nu poate fi menţinută prin substituţie pe cale orală
    E. Pacientul prezintă intoleranţă la Fe administrat pe cale orală

29. **În frotiul de sânge periferic din anemia feriprivă pot fi prezente:** (356)
    A. Eritroblaşti nucleaţi (rar)
    B. Eritrocite hipocrome
    C. Celule în semn de tras la ţintă
    D. Eritrocite, microcite
    E. Eritrocite cu aniso- şi poikilocitoză

30. **Următoarele exemple reprezintă cauze ale deficitului de fier, CU EXCEPŢIA:** (355)
    A. Cauze de sângerare gastrointestinală: sindrom GAVE, infecţii parazitare, diverticul Meckel
    B. Prematuritatea, jumătate din depozitul de Fe la sugari fiind acumulat în ultimele 3 luni ale vieţii fetale
    C. Dieta săracă în fitaţi şi fosfaţi- dietă vegetariană (stimulează absorbţia)
    D. Consumul crescut de carne
    E. Sângerarea autoindusă (auto-flebotomia)

31. **Următoarele enunţuri cu privire la compuşii Fe nu sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (353)
    A. Hemoglobina conţine 57% din cantitatea totală de Fe din organism
    B. Mioglobina conţine 3 % din cantitatea totală de Fe din organism
    C. Alte proteine care conţin hemul (citocromii, catalaza, peroxidaza), sunt până la <1 %
    D. Restul de Fe (40 %) este stocat în organism sub două forme: feritină şi hemosiderină
    E. Hemosiderina este principala formă de depozit a Fe

32. **Despre anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la cald NU putem afirma:** (360)
    A. Anticorpii sunt de tip IgM, testul antiglobulinic direct este pozitiv pentru complementul C3
    B. Localizarea primară a hemolizei este splina
    C. Frotiul de sânge periferic prezintă microsferocite
    D. Diagnosticul se bazează pe semne/simptome şi explorări paraclinice ale unei anemii hemolitice, cu testul Coombs pozitiv
    E. Splenectomia este considerată ca terapie de primă intenţie

33. **Referitor la boala aglutininelor la rece, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (361)
    A. Anticorpul IgM este îndreptat împotriva hematiilor, legându-se preferenţial de acestea la temperaturi scăzute (4-18°C)
    B. Localizarea primară a hemolizei este în macrofagele hepatice
    C. Boala acută apare la persoanele mai vârstnice, adesea asociată cu limfom, LLC
    D. Splenomegalia este friabilă, se poate rupe la o examinare viguroasă
    E. Splenectomia este considerată linia a doua de tratament după eşecul tratamentului cu acid folic

34. **Hemoglobinuria paroxistică la rece:** (361)
    A. Este o tulburare rară, 1% din anemiile hemolitice autoimune
    B. Apare mai frecvent la adulţi după o infecţie bacteriană recentă
    C. Este rezultatul unui anticorp circulant IgM care se leagă la sistemul antigenic P la temperaturi scăzute, care fixează complementul C3
    D. Simptomele apar după expunerea la frig
    E. Testele pentru anticorpii Donath-Landsteiner sunt pozitive

35. **Referitor la tratamentul în anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la cald putem afirma:** (360)
    A. Tratamentul se face cu acid folic
    B. Corticoterapia se administrează pentru creşterea producţiei de anticorpi şi pentru inhibarea distrugerii eritrocitelor în macrofagele hepatice
    C. Splenectomia îndepărtează principalul sediu al distrugerii eritrocitelor, fiind considerată ca linia a două de tratament
    D. Alcaloizii de Vinca Roseea pot „paraliza" macrofagele pentru o perioadă scurtă, scăzând distrugerea hematiilor

E. Mabthera – anticorp monoclonal anti CD20, în cazuri refractare, răspuns favorabil

36. **Anemia megaloblastică se datorează lipsei de:** (362)
A. Vit. B12
B. Vit. B9
C. Vit. B1
D. Acid folic
E. Vit. B6

37. **Deficitul de vit. B12 se poate datora, CU EXCEPŢIA:** (363)
A. Hipergamaglobulinemiei
B. Efectelor unor medicamente: metformin, colchicină
C. Sindromul Zollinger-Ellison
D. Tulburărilor de motilitate intestinală- sclerodermie
E. Receptorilor Cubam absenţi sau diminuaţi: sindromul Imerslund Grasbeck ereditar

38. **Care dintre următoarele situaţii pot fi cauzele deficitului de folaţi?** (363)
A. Sindromul Lesch-Nyhan
B. Psoriazis
C. Sprue tropical/nontropical
D. Aciduria orotică
E. Metotrexat

39. **Despre anemia pernicioasă putem spune, CU EXCEPŢIA:** (364)
A. Distrugerea autoimună a celulelor fundusului gastric determină atrofie gastrică
B. Vârsta medie pentru anemie pernicioasă este de 60 ani, sunt afectate toate vârstele şi rasele
C. Distrugerea automiună a celulelor fundusului gastric determină absenţa FI şi aclorhidie
D. Sunt prezenţi auto-anticorpi anti-FI aproximativ 75% în ser, şi aproximativ 60% în sucul gastric
E. Se asociază cu boli autoimune: DZ-tip II, hiperparatiroidism

40. **Despre medicamentele care intervin în patogeneza deficitului de acid folic sunt FALSE următoarele enunţuri:** (366)
A. Trimetroprim sau metotrexat inhibă transportatorii de acid folic
B. Sulfasalazina reduce absorbţia şi induce enzimele microzomale hepatice
C. Primetamina/inhibitorii pompei de protoni inhibă dihidrofolat reductaza
D. Contraceptivele orale scad catabolismul AF
E. Azitotimidina perturbă sinteza ADN-ului independent de folaţi/vit. B12

41. **Medicamentele care inhibă dihidrofolat reductaza sunt:** (366)
A. Trimetoprim
B. Primetamina
C. Metotrexat

D. Azidotimidina
E. Sulfsalazina

42. **Anemiile macrocitare, cu nr. reticulocitelor >2% şi cu răspuns la hemoliză pot fi întâlnite în contextul următoarelor:** (368)
A. Hemoliza infecţioasă (malarie)
B. Anemia aplastică/hipoplastică
C. Erithroleucemia (rar)
D. Deficitul de glucoză 6-fosfat dehidrogenază
E. Hemoglobinuria paroxistică nocturnă

43. **Referitor la profilaxia deficitului de vit. B12 şi folaţi, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (369)
A. Profilaxie cu vit. B12: postgastrectomie, adm. oral pentru o perioadă de 12 luni
B. Profilaxie cu vit. B12: la copiii cu deficit de vit. B12 datorat mamelor
C. Suplimentarea periconcepţională cu AF: femeilor în perioada fertilă care iau anticonvulsivante
D. Suplimentarea cu AF zilnic: pentru a reduce toxicitatea metotrexatului
E. Dacă vit. B12 este administrată la un pacient cu deficit de AF, pacientul poate dezvolta deteriorare neurologică progresivă

44. **Referitor la prognosticul în cazul deficitului de vit. B12 şi folaţi, următoarele sunt FALSE**: (369)
A. Hematopoieza megaloblastică revine la normal în 12 zile de la administrarea de vit. B12
B. Neutrofilele PMN hipersegmentate rămân în frotiul de sânge periferic 12 ore
C. Hemoleucograma se normalizează în termen de 3 săptămâni
D. Reticulocitele ating un vârf în 15-18 zile
E. Cele mai multe semne si simptome sunt reversibile in mai puţin de 3 luni

45. **Referitor la clasificarea OMS a LAM, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE**: (373)
A. Se bazează pe aspecte moleculare citogenetice şi citochimice care completează datele clasificării morfologice FAB
B. Se bazează pe markerii specifici exprimaţi în diverse faze de dezvoltare de progenitorii şi precursorii limfoizi B şi T
C. LAM cu displazie multiliniară se împart în: după SMD sau SMD/SMP
D. LAM neclasificate altfel corespund unor subtipuri FAB
E. Se împart în: LAM de linie B (85%) şi LAM de linie T (15%)

46. **Care dintre următoarele reprezintă semne de insuficienţă medulară?** (373)
A. Sindromul anemic
B. Sindromul infecţios
C. Sindromul inflamator
D. Sindrom de leucostază
E. Sindromul hemoragipar

47. **Selectaţi enunţurile FALSE referitoare la LA promielocitară:** (372-375)
   A. Conform clasificării morfologice FAB a LAM, este inclusă în categoria M3 şi prezintă 30% promielocite hipergranulare
   B. În cadrul bolii apare un sindrom de coagulare intravasculară diseminată (CID) produs de tromboplastina eliberată de granulaţiile promielocitelor
   C. Trebuie efectuată biopsia osteo-medulară pentru obţinerea de date de flow-citometrie, cito-genetică şi examinări moleculare
   D. Se asociază cu t (8; 21), cu un prognostic favorabil al bolii
   E. Tratamentul se face cât mai precoce cu ATRA- acid *all trans*-retinioic în monoterapie

48. **Examenul sângelui periferic în LAM se caracterizează prin:** (374)
   A. Anemia de tip aregenerativ progresivă
   B. Numărul de leucocite crescut ($30.000\text{-}200.000/mm^3$)
   C. Trombocitopenia progresivă
   D. Prezenţa tuturor stadiilor de maturaţie granulocitară
   E. „Hiatus-ului leucemic"

49. **Referitor la examinările paraclinice în LAM, următoarele afirmaţii sunt FALSE:** (374)
   A. Medulograma confirmă diagnosticul prin evidenţierea a cel puţin 20 % blaşti ca infiltraţie leucemică
   B. Măduva osoasă este de regulă hipoplazică
   C. Mieloblaştii prezintă reacţie pozitivă pentru mieloperoxidază (MPO)
   D. Modificări precum t (8; 21), t (15; 17), se asociază cu un prognostic nefavorabil al bolii
   E. Evaluarea funcţiei miocardice este indicată în contextul cardiotoxicităţii unor citostatice sau al aplicării radioterapiei toracice

50. **Criteriile unei remisiuni complete (RC) hematologice sunt:** (377)
   A. Măduvă osoasă cu celularitate normală (5% blaşti, reprezentare normală a hematopoiezei triliniare)
   B. Normalizarea sângelui periferic (absenţa blaştilor)
   C. RC este sinonimă cu vindecarea
   D. Absenţa organomegaliei
   E. Splenomegalia moderată

51. **Sindromul acidului retinoic (SAR) apărut în cursul tratamentului cu ATRA se caracterizează prin:** (379)
   A. Febră
   B. Scădere în greutate
   C. Detresă respiratorie
   D. Hipoxemie
   E. Serozită cu afectare pleurală sau pericardică

52. **Referitor la tratamentul LAM NU putem afirma:** (377)
A. Ca şi atitudine de urgenţă se recomandă leucafereză în cazurile cu hiperleucocitoză- 10×10^6/l
B. Factorii de creştere (G-CSF sau GM-CSF) sunt indicaţi de rutină deoarece pot reduce perioada de aplazie post-chimioterapie
C. Pentru prevenirea hiperuricemiei se recomandă hidratare şi alopurinol
D. Tratamentul constă în două faze: de inducţie a remisiunii şi de consolidare
E. Tratamentul de menţinere aduce beneficii evidente

53. **Tratamentul de inducţie a remisiunii în LAM se referă la:** (377)
A. Se recomandă asocierea unei antracicline cu vincristină, corticoterapie, ciclofosfamidă şi asparaginază
B. Se utilizează regimul „3+7" şi constă în administrarea unei antracicline asociată cu citozinarabinozidă
C. După 3-4 săptămâni de tratament este evaluată măduva osoasă pentru aprecierea răspunsului terapeutic
D. Lipsa remisiunii complete (RC) impune administrarea a încă 1-2 cure de Ara-C, la interval de 7 zile
E. După tratamentul de inducţie, rata RC este de 60-80 % la bolnavii sub vârsta de 60 de ani

54. **În LAM, tratamentul recăderilor de boală sau al cazurilor refractare, NU se poate face cu:** (378)
A. Doze mari de Ara-C asociate cu fludarabină, etoposid sau idarubicină şi G-CSF
B. Schema Hyper-CVAD: doze mari de Ara-C sau metotrexat, în combinaţie cu antracicline, corticoterapie, antimetaboliţi
C. Schema R-FC: fludarabină în combinaţie cu ciclofosfamidă şi rituximab
D. Schema MEC- combinaţia mitomicin+etoposid+Ara-C
E. Schema CLAG-M- combinaţia cladribină+Ara-C+mitoxantronă+filgastrim

55. **Diagnosticul LAL se bazează pe prezenţa**: (382)
A. Celor 3 sindroame (anemic, inflamator, hemoragipar)
B. Cel puţin 20 % blaşti atipici
C. Investigaţiilor imunofenotipice şi genetice
D. Celor 3 sindroame (anemic, infecţios, hemoragipar)
E. Cel puţin 20 % limfoblaşti în măduva osoasă şi/sau sângele periferic

56. **Conform analizelor citogenetice şi moleculare în LAL, următoarele variante sunt ADEVĂRATE:** (382)
A. Evidenţierea cromozomului Philadelphia din măduva osoasă (la 90-95% din cazuri)
B. Oferă informaţii prognostice, modificările fiind prezente în peste 80% din cazuri
C. T (8; 14) este asociată cu LAL 3
D. T (10; 14); t (4,11) sunt asociate cu boală refractară şi recădere precoce
E. T (11; 19) în LAL cu celule T şi are prognostic favorabil

57. **Principalele complicaţii ce duc la decesul pacienţilor cu LAL sunt:** (383)
A. Infecţiile
B. Afectarea SNC
C. Hipoxia
D. Hemoragiile
E. Insuficienţa respiratorie

58. **Despre tratamentul în LAL putem afirma, CU EXCEPŢIA:** (384)
A. Conduita terapeutică se face şi în funcţie de prezenţa sau absenţa cromozomului Ph1
B. Chimioterapia LAL urmăreşte obţinerea unei RC hematologice prin reducerea cu 6 log a celulelor leucemice (de la 10^{12}la diagnostic, la 10^{6} în RC)
C. În 65-85 % din cazuri se obţin remisiuni complete
D. Terapia intratecală se face pentru profilaxia determinărilor în SNC şi a meningitei leucemice
E. Tratamentul de întreţinere se face cu antraciclina, vincristin, corticoterapie, ciclofosfamidă şi asparaginază

59. **Diagnosticul diferenţial al LAL se face cu:** (383)
A. LAM
B. Anemia aplastică
C. Mononucleoza infecţioasă
D. LLC
E. LAL secundară din faza de transformare a unei LMC (atunci când cromozomul Ph1 este absent)

60. **Examinările paraclinice în faza cronică a LMC evidenţiază:** (387)
A. Hiperleucocitoză (100.000-300.000/mm^3)
B. Trombocitopenie (40-50.000/mm^3)
C. FAL este crescută
D. Măduva este bogată, hipercelulară, cu predominantă granulocitelor (80-90%)
E. Cromozomul Ph1 sau transcriptul BCR-ABL

61. **Simptomele nespecifice care pot să apară în faza cronică a LMC sunt, CU EXCEPŢIA:** (386)
A. Astenie
B. Transpiraţii accentuate (mai rar)
C. Senzaţie de jenă sau greutate în hipocondrul drept (datorită hepatomegaliei)
D. Colică renală
E. Fatigabilitate

62. **Factorii de prognostic negativ ai LMC sunt:** (388)
A. VârstA peste 60 ani
B. Splenomegalia la peste 10 cm sub rebordul costal
C. Trombocitopenia sau un număr de trombocite de 700.000/mm^3
D. Bazofilia peste 3% în sângele periferic
E. Bazofilia peste 7% în măduva osoasă

63. **Fenomenele care anunţă acutizarea (puseu blastic) LMC pot fi:** (389)
A. Apariţia semnelor de insuficienţă medulară
B. Complicaţiile infecţioase şi hemoragice
C. Durerile osoase
D. Sindromul de leucostază
E. Instalarea rezistenţei la tratament

64. **Terapia suportivă în faza cronică a LMC trebuie avută în vedere pentru:** (390)
A. Combaterea leucocitozei (la cazurile cu leucocite 300.000/mm^3): administrare de hidroxiuree, leucafereză
B. Combaterea infecţiilor: antibioterapie profilactică
C. Combaterea trombocitozei: administrare de hidroxiuree/anagrelid
D. Reanimare cardio-vasculară şi respiratorie în şocul septic sau hemoragie masivă
E. Prevenirea sindromului de liză tumorală prin administrare de alopurinol

65. **Afirmaţiile ADEVĂRATE cu privire la Imatinib mesylate sunt:** (390)
A. Este un inhibitor de tirozinkinaza (TKI) de generaţia a doua
B. Înainte de începerea tratamentului se va administra terapie citoreductoare cu hidroxiuree
C. Are ca efect advers prelungirea intervalului QT pe ECG
D. Rezistenţa poate să apară prin supraexprimarea BCR-ABL sau prin apariţia unor mutaţii
E. La cazurile care devin rezistente sau recad după tratament, doza lui poate fi crescută sau se va trece pe TKI de generaţia a treia

66. **Inhibitorii de tirozinkinaza (TKI) de generaţia a doua sunt**: (390)
A. Dasatinib
B. Ibrutinib
C. Idealisib
D. Nilotinib
E. Bosutinib

67. **α-interferonul, utilizat ca opţiune terapeutică în LMC, se caracterizează prin:** (392)
A. Poate reprezenta terapia iniţială în lipsa TKI
B. Se poate administra la pacienţii refractari sau intoleranţi la tratamentul cu TKI
C. Se poate asocia cu TKI în cazul scăderii răspunsului la aceştia
D. Reprezintă o opţiune în cazul sarcinii
E. Poate duce la obţinerea de RHC în 10-20% din cazuri şi la RCyC în 50-70% din cazuri

68. **La pacienţii cu LMC în fază cronică care prezintă intoleranţă la tratamentul iniţial (de primă linie) se poate recurge la următoarele terapii:** (391)
A. Tipifarnib
B. Lonafarnib
C. Bosutinib
D. α-IFN pegylat

E. Transplant de celule stem (HSCT)

69. **Examenul sângelui periferic în LLC evidenţiază:** (396)
A. Hiperleucocitoză cu limfocitoză absolută
B. Frecvenţa aşa-numitelor „umbre celulare" Gumprecht
C. Anemia, cu caracter macrocitar-hipercrom
D. Numărul trombocitelor iniţial normal scade în fazele avansate ale bolii
E. Numărul absolut al granulocitelor şi monocitelor poate fi normal la început si scade treptat pe măsura accentuării insuficienţei medulare

70. **Diagnosticul pozitiv al LLC se poate susţine în prezenţa următoarelor elemente:** (397)
A. Prezenţa CD38 sau ZAP-70
B. Limfocitoză absolută în sângele periferic, peste $5000/mm^3$, cu morfologie de tip matur, menţinută minim 3 luni
C. Cel puţin 30% limfocite la nivel medular
D. Limfocite de tip monoclonal, exprimând pe suprafaţă nivele scăzute de Ig
E. Evidenţierea unor modificări, cum ar fi del (17p)

71. **Stadializarea LLC după sistemul elaborat de Rai presupune:** (398)
A. Stadiul 0: limfocitoză în sânge şi în măduva osoasă, cu absenţa adenopatiilor şi hepatosplenomegaliei
B. Stadiul 1: limfocitoză şi adenopatii
C. Stadiul 2: limfocitoză şi anemie
D. Stadiul 3: limfocitoză şi spleno- sau hepatomegalia
E. Stadiul 4: limfocitoză şi trombocitopenie

72. **Stadializarea LLC se poate face după, CU EXCEPŢIA:** (398)
A. OMS
B. Criteriile lui Binet
C. Sistemul elaborat de Rai
D. Clasificarea morfologică FAB
E. Statusul mutant/nemutant

73. **Referitor la sindromul Richter, următoarele enunţuri sunt ADEVĂRATE:** (399)
A. Apare doar la pacienţii cu fenotipul genetic ZAP-70
B. Este un limfom cu celule mari, aparţinând aceleiaşi clase de limfocite ca cele din LLC
C. În unele cazuri, celulele limfomului aparţin altei clone celulare (este o a doua neoplazie)
D. Ca şi tratament, se va recurge la scheme de polichimioterapie utilizate în tratamentul limfoamelor, adaptat subtipului histologic
E. Este o posibilitate specială de evoluţie a LLC

74. **În cadrul LLC, boala este mai agresivă atunci când:** (399)
A. Există cazuri cu status nonmutant al genelor IgV_H
B. Se constată lipsa marker-ului ZAP-70
C. Se constată la examenul citogenetic: deleţia 17p13
D. Se constată la examenul citogenetic: deleţia 13q14
E. Se constată la examenul citogenetic: trisomia 12

75. **Care dintre următoarele enunţuri NU sunt adevărate referitor la tratamentul LLC?** (400)
A. În stadiile A (0,1) şi B (2) este indicată începerea unui tratament activ, imediat după stabilirea diagnosticului
B. Analogii purinici reprezintă tratamentul de prima linie.
C. Se poate utiliza schema R-FC, cu rată superioară a răspunsurilor
D. Obinutuzumab (anti CD52), în combinaţie cu chlorambucilul, are rezultate terapeutice şi tolerabilitate net superioară rituximabului
E. Ibrutinibul este inhibitor al kinazei Bruton şi este bine tolerat, util la pacienţii vârstnici

76. **Anticorpii monoclonali Anti CD20 sunt:** (401)
A. Rituximab
B. Alemtuzumab
C. Ofatumumab
D. Obinutuzumab
E. Trastuzumab

77. **Răspunsul complet terapeutic în LLC poate fi evaluat astfel:** (403)
A. Hemoglobină >2 g/dl faţă valorile bazale
B. Dimensiuni sub 1 cm ale tuturor nodulilor limfatici
C. Trombocite >100.000/mm^3
D. Leucocite >1500/mm^3
E. Măduva osoasă hipocelulară cu >30% limfocite

78. **Răspunsul parţial terapeutic în LLC poate fi evaluat astfel:** (403)
A. Scăderea cu cel puţin 50 % a nodulilor limfatici, a splinei şi ficatului
B. Lipsa simptomelor generale
C. Trombocite > 100.000/mm^3 sau cu creştere >50% faţă de valorile bazale
D. Orice valoare a leucocitelor
E. Măduva osoasă cu < 30% limfocite

79. **Diagnosticul diferenţial al LLC se poate face cu:** (398)
A. Limfocitoze secundare infecţiilor (reactive)
B. Limfom splenic cu celule vilouse
C. Trombocitemia esenţială (TE) şi policitemia vera (PV)
D. Limfom folicular cu descărcare leucemică
E. Leucemia cu celule păroase

80. **Conform clasificării OMS 2008, limfoproliferarile maligne de linie T/NK sunt:** (405)
   A. Limfomul limfoblastic T
   B. Limfomul anaplazic T sistemic
   C. Limfomul folicular
   D. Mycosis fungoides/sindromul Sezary
   E. Limfomul Burkitt (LAL 3)

81. **Care dintre următoarele semne sunt cunoscute sub numele de simptome B?** (407)
   A. Adenopatia
   B. Febra
   C. Scăderea în greutate mai mult de 10% din greutatea inițială pe parcursul ultimelor 3 luni
   D. Transpirațiile
   E. Splenomegalia

82. **Referitor la celulele Reed-Sternberg (CRS) şi Hodkin (CH), putem afirma următoarele:** (407)
   A. CH este celulă malignă tipică din LH
   B. CRS este varianta uninucleată a CH
   C. Sunt înconjurate de o populaţie reactivă benignă formată din limfocite T şi B, granulocite neutrofile şi eozinofile, monocite – „granulom Hodkin"
   D. În subtipul de LH nodular cu predominanţă limfocitară, CRS au un aspect atipic cu nucleu unic lobulat (celule „popcorn")
   E. CH este o celulă gigantă, în mod tipic binucleată, cu nucleoli proeminenţi, intens bazofili („cap de bufniţă")

83. **Referitor la LH (limfom Hodkin) clasic NU putem afirma următoarele:** (408)
   A. Este compus din 4 subtipuri
   B. LH SN (scleroză nodulară) este cel mai frecvent subtip de LH
   C. LH BL(bogat în limfocite) are un prognostic nefavorabil
   D. În LH DL (depleţie limfocitară) întâlnim un număr crescut de CRS şi CH
   E. LH CM (celularitate mixta) are un prognostic favorabil

84. **Factorii de prognostic negativ în LH sunt:** (410)
   A. Vârsta $\geq$ 40 ani
   B. VSH > 50 mm/oră
   C. Prezenţa semnelor generale B in stadiul I
   D. Masa tumorală „bulky"
   E. Mai mult de 3 arii ganglionare afectate

85. **Care dintre următoarele enunţuri referitoare la explorările paraclinice efectuate în LH sunt ADEVĂRATE?** (408)
   A. Biopsia ganglionară chirurgicală este investigaţia diagnostică de elecţie
   B. Biopsia osteo-medulară este explorarea de elecţie pentru stabilirea gradului de extindere al bolii

C. Examenul imunohistochimic este esenţial pentru a confirma imunofenotipul celulelor maligne
D. VSH poate fi normal/crescut şi semnifică un prognostic favorabil
E. Metoda de elecţie pentru aprecierea răspunsului la tratament este examenul PET-CT

86. **Referitor la sistemul de stadializare Ann Arbor, care dintre următoarele afirmaţii sunt FALSE?** (409)
A. Este folosit în mod curent în LNH
B. Stadiul I: este interesată doar o singură arie limfatică
C. Stadiul II: sunt interesate doua sau mai multe arii limfatice, de ambele părţi ale diafragmului
D. Stadiul III: sunt interesate doua sau mai multe arii limfatice, de aceeaşi parte a diafragmului
E. Stadiul IV: afectare difuză a unui organ non-limfatic

87. **Tratamentul de prima linie, la un pacient cu LH clasic, stadiul II favorabil, se face cu:** (411)
A. Schema BEACOPP
B. Radioterapie (RT)
C. Schema DHAP
D. Schema ABVD
E. Schema IGEV

88. **Care dintre următoarele chimioterapice fac parte din schema de polichimioterapie DHAP utilizată în LH?** (413)
A. Doxorubicin
B. Cisplatin
C. Citozinarabinozida
D. Dexametazona
E. Procarbazina

89. **Sunt indicaţiile tratamentului de linia 2-a în LH următoarele:** (412)
A. Lipsa răspunsului clinic după 2-3 cure de chimioterapie
B. Recidivă <6 luni de la obţinerea răspunsului complet
C. Recidivă >12 luni, cu stadiul III-IV, sau masă bulky şi/sau semne generale
D. Recidivă <12 luni de la obţinerea răspunsului complet
E. În caz de recidivă la >12 luni, dar cu stadiul recidivei I-II, fără masă bulky, fără semne generale, se poate folosi schema de chimioterapie iniţială

90. **Printre efectele secundare pe termen lung ale chimioterapiei şi radioterapiei LH NU se enumeră:** (413)
A. Hipertiroidie
B. Fibroză pulmonară
C. Carcinom pulmonar (frecvent)
D. Hipogonadism
E. Complicaţii osoase: osteoporoză

91. **Referitor la manifestările clinice întâlnite în LNH putem afirma, CU EXCEPŢIA:** (415)
   A. Din punct de vedere clinic se descriu două grupuri: LNH indolente şi LNH agresive
   B. Regiunile ganglionare interesate sunt de obicei apropiate
   C. Splenomegalia şi hepatomegalia sunt relativ frecvente la debut sau pe parcursul evoluţiei
   D. Semnele neurologice apar în cazul LNH primar cerebrale
   E. Semnele generale B sunt prezente deseori în special în LNH indolente, iar în cazul LNH agresive apariţia simptomelor B poate semnifica „accelerarea bolii"

92. **Conform clasificării clinice a LNH, LNH agresive de linie B sunt:** (417)
   A. LNH cu celule de manta
   B. LNH folicular grad III (celule mari)
   C. LNH difuz cu celule mari
   D. LNH angioimunoblastic
   E. LNH folicular grad II (mixt)

93. **Care dintre următoarele enunţuri referitoare la supravieţuirea şi vindecarea pacienţilor cu LNH sunt ADEVĂRATE?** (419)
   A. LNH agresive au o evoluţie naturală favorabilă, rareori curabile
   B. LNH indolente au o evoluţie infaustă dar au o şansă de vindecare de 30-70%
   C. Supravieţuirea globală la 5 ani este mai mare în LNH indolente (70-80%)
   D. Supravieţuirea globală la 5 ani este mai redusă în LNH agresive (30-70%)
   E. În cazul LNH agresive, pacienţii în viaţă la 5 ani sunt cei care au răspuns la tratament şi sunt potenţial vindecaţi

94. **Clasificarea clinică a LNH cuprinde următoarele grupuri „clinice", CU EXCEPŢIA:** (417)
   A. LNH indolente
   B. LNH agresive
   C. LNH cu risc crescut
   D. LNH cu risc scăzut
   E. LNH foarte agresive

95. **Care dintre următorii parametri sunt consideraţi factori de prognostic IPI (International Prognostic Index), utilizaţi în cazul LNH agresive?** (418)
   A. Vârsta >60 ani
   B. Stadiile Ann-Arbor III şi IV
   C. Interesarea a 5 regiuni limfatice
   D. Indicele de performanţă 2
   E. Lactatdehidrogenaza (LDH) crescută

96. **Printre oncogenele ale căror mutaţii se regăsesc în anumite subtipuri de LNH se numără următoarele:** (415)
   A. Oncogena c-MYC
   B. Oncogena BCL-2 (B-cell lymphoma 2)

C. Gena BCL-1/ciclina D1
D. Gena ALK
E. Gena BCR-ABL

97. **Tratamentul de primă linie folosit în cazul LNH de linie B indolente este:** (420)
A. Schema R-CVP
B. Schema R-CHOP
C. Schema R-DHAP
D. Rituximab, ciclofosfamidă, vincristin, PDN
E. Rituximab, dexametazonă, citarabină, cisplatin

98. **Tratamentul de linia 2-a (sau de „salvare") folosit în cazul recidivelor LNH agresive NU este:** (420)
A. Schema HyperCVAD
B. Schema R-CHOP
C. Schema R-DHAP
D. Rituximb, ciclofosfamidă, doxorubicină, vincristin, PDN
E. Rituximab, dexametazonă, citarabină, cisplatin

99. **Referitor la tratamentul unor forme particulare de LNH, următoarele variante sunt FALSE:** (421)
A. În cazurile de LNH gastric HP-pozitive aflate în stadiul incipient (proliferarea tumorală este limitată la mucoasă) este necesară asocierea chimioterapiei la antibioterapia specifică a HP
B. În cazurile de LNH al SNC, este necesară administrarea de chimioterapie în doze mari (în special metotrexat şi citarabina)
C. În cazurile limitate de Limfom T cutanat este uneori suficient un tratament non-citostatic, cum ar fi PUVA (psoralen + raze ultraviolete A) şi corticoizi administraţi topic
D. Limfomul Burkitt şi limfomul limfoblastic necesită un tratament mai intensiv, de exemplu schema HyperCVAD
E. Schema POMP indicată în întreţinerea LNH limfoblastice cuprinde: rituximab, vincristin, PDN, metotrexat

100. **Schema de chimioterapie R-CVP tratament de primă linie în LNH cuprinde:** (421)
A. Cisplatin
B. Ciclofosfamidă
C. Vincristin
D. PDN
E. Rituximab

VI. ENDOCRINOLOGIE

Complement simplu:

1. **Care din următoarele reprezintă o tireotoxicoză tranzitorie:** (425)
   A. Boala Graves
   B. Tiroidita de Quervain
   C. Carcinomul tiroidian metastatic funcţional
   D. Guşa polinodulară hipertiroidizată
   E. Adenomul toxic

2. **Care din următoarele mecanisme NU sunt implicate în patogenia oftalmopatiei din boala Graves:** (426)
   A. Activarea şi proliferarea fibroblaştilor oculari
   B. Creşterea grăsimii retroorbitale
   C. Hipertrofia musculaturii intrinseci a globilor oculari
   D. Infiltrarea cu glicozaminoglicani a ţesutului muscular
   E. În progresia bolii, inflamaţia scade şi musculatura se fibrozează

3. **Următoarea afirmaţie cu privire la tireotoxicoza în sarcină NU este adevărată:** (432)
   A. Tratamentul se va face de preferat cu Propiltiouracil în primul trimestru de sarcină
   B. Nivelurile serice de TRAb se măsoară în trimestrul 2 de sarcină pentru depistarea unei posibile boli Graves neonatale
   C. Boala Graves neonatală are o evoluţie autolimitată şi se remite după 4-12 săptămâni
   D. Metimazolul administrat în sarcină poate avea efecte teratogene
   E. Iodul radioactiv este contraindicat

4. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la tireotoxicoza amiodaron indusă de tip I este ADEVĂRATĂ:** (434)
   A. Este o tiroidită distructivă cu caracter inflamator
   B. Tratamentul constă în administrarea de Metimazol
   C. La examenul ecografic Doppler se observă o circulaţie diminuată
   D. Apare eliberarea de hormoni tiroidieni preformaţi din celulele foliculare tiroidiene afectate
   E. Tratamentul constă în administrarea de glucocorticoizi şi Metimazol

5. **Sindromul Schmidt este compus din următoarele:** (439)
   A. Artrita reumatoidă şi hipotiroidismul autoimun
   B. Boala Addison autoimună şi diabetul zaharat tip 2
   C. Hipotiroidismul autoimun şi vitiligo
   D. Hipotiroidismul autoimun şi miastenia gravis
   E. Boala Addison autoimună şi hipotiroidismul autoimun

6. **Care din următoarele formule de lapte se vor evita în hipotiroidismul congenital:** (444)
   A. formulele de lapte extensiv hidrolizate
   B. formulele de lapte bazate pe aminoacizi
   C. formulele de lapte ce conţin soia
   D. formulele de lapte anti-reflux gastroesofagian
   E. formulele de lapte hipoalergenice

7. **Care din următoarele explorări paraclinice NU sunt indicate în hipotiroidismul congenital:** (443)
   A. Dozarea tiroglobulinei
   B. Scintigrafia tiroidiană cu Techneţiu 99 m
   C. Ecografia tiroidiană
   D. Scintigrafia tirodiană cu I^{131}
   E. Scintigrafia tiroidiană cu I^{123}

8. **Care din următorii factori de risc NU este specific cancerului tiroidian:** (446)
   A. Antecedente de iradiere la nivelul capului şi gâtului
   B. Sexul feminin
   C. Adenopatie latero-cervicală
   D. Antecedente de MEN 2
   E. Prezenţa disfoniei, disfagiei şi tusei

9. **Care din următoarele NU constituie indicaţie pentru puncţia–aspiraţie cu ac fin în cazul unui nodul tiroidian:** (448)
   A. Nodulii ≥10mm, hipoecogeni
   B. La pacienţii cu istoric de iradiere cervicală
   C. La pacienţii cu antecedente de MEN 2
   D. La nodulii <10mm fără caractere ecografice de suspiciune
   E. La nodulii >10 mm cu circulaţie intranodulară accentuată

10. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la sindromul MEN2B NU este adevărată:** (453)
   A. Cancerul medular tiroidian este mai agresiv în MEN2B decât în MEN2A
   B. Este format din cancer medular tiroidian, feocromocitom şi hiperparatiroidism primar
   C. Este format din cancer medular tiroidian, feocromocitom, ganglioneuroame intestinale
   D. Nu include afectarea paratiroidelor
   E. Asociază fenotip marfanoid

<u>Complement multiplu:</u>

11. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la adenomul toxic sunt ADEVĂRATE:** (433)
   A. Apare hiperfuncţia lobului controlateral
   B. Secreţia endogenă de TSH este supresată
   C. Asociază oftalmopatie bilaterală

D. Ecografia tiroidiană arată un nodul solid, nevascularizat cu diametru sub 3 cm
E. În majoritatea cazurilor sunt adenoame foliculare benigne

12. **Utilizarea β-blocantelor în tireotoxicoză:** (429-434)
A. Propanololul administrat la 6-8 ore, inhibă conversia periferică a T4 la T3
B. Propanololul este contraindicat la pacienţii cu insuficienţă cardiacă congestivă
C. În criza tireotoxică se pot administra intravenos β-blocanţi cu durată scurtă de acţiune
D. β-blocantele cu durată lungă de acţiune sunt contraindicate
E. Se utilizează în tireotoxicoza amiodaron indusă tip II

13. **Care dintre următoarele sunt hipertiroidii caracterizate de TSH supresat şi radioimunocaptare crescută:** (425)
A. Hipertiroidismul familial nonautoimun
B. Carcinomul tiroidian(folicular) metastatic funcţional
C. Guşa polinodulară hipertiroidizată
D. Tiroidita acută infecţioasă
E. Tiroidita subacută virală

14. **Referitor la tratamentul cu antitiroidiene de sinteză în hipertiroidie sunt ADEVĂRATE următoarele:** (429)
A. Tratamentul de primă intenţie în majoritatea cazurilor de hipertiroidie este Metimazolul
B. Tratamentul cu antitiroidiene de sinteză se va începe în general cu doze mici
C. În primul trimestru de sarcină se administrează Metimazol, datorită efectului teratogen al Propiltiouracil
D. TSH-ul rămâne supresat pentru mai multe săptămâni sau chiar luni de la începutul tratamentului
E. Propiltiouracilul nu este recomandat de primă intenţie datorită nefrotoxicităţii

15. **Tiroidita subacută se diferenţiază de boala Graves prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (434)
A. Radioimunocaptarea este foarte crescută în tiroidita subacută
B. La palparea tiroidei în tiroidita subacută apare durerea
C. Autoanticorpii antitiroidieni sunt prezenţi în tiroidita subacută
D. În tiroidita subacută se observă asimetria glandei
E. Tiroidita subacută se asociază cu un sindrom inflamator important

16. **Tratamentul prin metoda "Block and replace" în hipertiroidii se caracterizează prin:** (430)
A. O etapă iniţială de administrare a propiltiouracilului pe o perioadă de 3-6 luni
B. Administrare iniţială de metimazol 3-6 luni până la atingerea eutiroidiei
C. După 3-6 luni se opreşte metimazolul şi se administrează levotiroxina
D. Tratamentul nu este recomandat majorităţii pacienţilor deoarece are o rată mai mare de apariţie a efectelor adverse
E. După etapa iniţială se va administra concomitent metimazol şi levotiroxină

17. **Guşa toxică polinodulară se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (433)
    A. Hipertiroidia poate fi precipitată de administrarea de Propiltiouracil
    B. Scintigrafia descrie noduli multipli cu diferite grade de captare
    C. Apare la pacienţii cunoscuţi de multă vreme cu guşi polinodulare toxice
    D. Analizele de laborator evidenţiază valori crescute ale hormonilor tiroidieni, în mod special T4
    E. Guşa polinodulară poate avea dimensiuni variabile cu extindere retrosternală

18. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul cu Iod radioactiv la pacienţii cu oftalmopatie severă în boala Graves sunt ADEVĂRATE:** (431)
    A. Oftalmopatia severă este o contraindicaţie absolută în tratamentul cu iod radioactiv
    B. Exacerbarea oftalmopatiei poate fi prevenită prin administrarea de prednison pentru 1-2 luni după tratamentul cu iod radioactiv
    C. Oftalmopatia severă este o contraindicaţie relativă în tratamentul cu iod radioactiv
    D. Pacienţii fumători cu oftalmopatie sunt mai predispuşi la exacerbări
    E. Exacerbările pot fi prevenite prin administrarea de prednison pentru 3-6 luni după tratamentul cu iod radioactiv

19. **Clasa 5 în clasificarea modificărilor oculare din boala Graves NU se caracterizează prin:** (427)
    A. Pierderea vederii prin afectarea nervului optic
    B. Infiltrarea şi fibroza musculaturii extraoculare
    C. Proptoza
    D. Leziuni corneene de tipul keratitei
    E. Hiperemia conjunctivală

20. **Hipotiroidismul secundar este caracterizat de următoarele valori hormonale:** (437)
    A. TSH <0,5mUI/L şi FT4 scăzut
    B. TSH >4,5mUI/L şi FT4 scăzut
    C. TSH între 4,5-10mUI/L şi FT4 scăzut
    D. TSH >4,5mUI/L şi FT4 crescut
    E. TSH inadecvat normal intre 0,5-4,5mUI/L şi FT4 scăzut

21. **La examenul anatomo-patologic în tiroidita autoimună Hashimoto NU întâlnim următoarele** (438)
    A. Infiltrat limfo-plasmocitar
    B. Formare de centri germinativi
    C. Hipertrofie de foliculi tiroidieni
    D. Metaplazie oxifilă
    E. Coloid prezent în cantităţi normale

22. **La ce perioadă de timp trebuie monitorizate valorile TSH şi FT4 la un copil cu vârsta de 11 luni:** (444)
A. La 2 şi la 4 săptămâni la fiecare schimbare de doză
B. Lunar
C. La 6-12 luni
D. La fiecare 3-4 luni
E. Anual

23. **Frilozitatea este un simptom ce apare în:** (435)
A. Guşa polinodulară hipertiroidizată
B. Tiroidita Hashimoto
C. Tiroidita de Quervain
D. Tiroidita Riedl
E. Boala Graves

24. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la administrarea liotironinei sunt ADEVĂRATE:** (441)
A. Nu se administrează niciodată concomitent cu levotiroxina
B. Se poate administra intravenos sau pe sondă nasogastrică
C. Se administrează în coma mixedematoasă fără răspuns la levotiroxină în 24 h
D. Se administrează doar intravenos
E. Este indicată la pacienţii tineri, fără istoric de boală coronariană ischemică

25. **Care dintre următoarele NU sunt cauze de hipotiroidism primar:** (435)
A. Tiroidita Hashimoto
B. Tumorile hipofizare
C. Tiroidita Riedl
D. Bolile infiltrative hipotalamice
E. Absenţa tiroidei

26. **Care dintre următoarele semne clinice NU sunt specifice hipotiroidismului la adult:** (436)
A. Facies şi extremităţi infiltrate
B. Carotenodermie limitată la nivelul faciesului
C. Sindrom de tunel carpian
D. Rărirea treimii interne a sprâncenelor
E. HTA diastolică

27. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la tratamentul în hipotiroidism sunt ADEVĂRATE:** (439)
A. În sindromul Schmidt terapia se începe cu substituţia tiroidiană
B. La gravidă necesarul de hormoni trebuie suplimentat cu $\geq$ 50% decât în mod normal
C. La copilul mic se începe cu doze mai mici decât la adult
D. Pacienţii vârstnici au un necesar terapeutic mai redus comparativ cu adulţii
E. Terapia de susbtituţie se face de primă intenţie cu Propiltiouracil

28. **Semnele clinice prezente în hipotiroidismul congenital la un nou născut sunt următoarele, CU EXCEPŢIA:** (442)
   A. Icter prelungit
   B. Macroglosie
   C. Hipertonie musculară
   D. Greutate scăzută la naştere
   E. Fontanela anterioară cu dimensiuni crescute

29. **La un pacient diagnosticat cu hipotiroidism, putem identifica la investigaţiile paraclinice:** (437)
   A. Hiperprolactinemie moderată în hipotiroidismul primar sever
   B. Creatinkinaza în limite normale
   C. Anticorpii blocanţi ai receptorului de TSH crescuţi în 90% din cazuri în tiroidita Hashimoto
   D. Anticorpii anti-tireoperoxidază crescuţi în tiroidita Hashimoto
   E. Complexe QRS hipovoltate la ECG

30. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la cancerul medular tiroidian sunt ADEVĂRATE:** (452)
   A. Derivă din celulele foliculare
   B. Apare secreţia de antigen carcino-embrionar
   C. Reprezintă 80% din toate formele de cancer tiroidian
   D. Se însoţeşte de valori ale calcitoninei scăzute
   E. Se poate însoţi de sindrom cushingoid

31. **Care dintre următoarele carcinoame sunt de tip folicular:** (446)
   A. Cancerul anaplazic cu celule mici
   B. Carcinomul cu celule clare
   C. Cancerul medular
   D. Carcinomul insular
   E. Carcinomul cu celule Hurtle

32. **Cancerul tiroidian nediferenţiat se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA :** (453-454)
   A. Supravieţuirea din momentul diagnosticului este mai mică de 6 luni
   B. Este reprezentat de o masă tumorală, dură, mobilă, cu metastaze la distanţă în 50% din cazuri
   C. Metastazarea este frecvent osoasă, rar pulmonară
   D. Adesea tireoglobulina are valori scăzute
   E. Doxorubicina administrată post rezecţie chirurgicală poate creşte durata de viaţă la 1 an

33. **Oncogeneza tiroidiană se caracterizează prin următoarele afirmaţii:** (449)
   A. Factorii iniţiatori ai oncogenezei stimulează proliferarea celulară
   B. Carcinoamele tiroidiene sunt de tip monoclonal
   C. Factorii promotori ai oncogenezei sunt reprezentate de substanţe chimice sau procese de iradiere

D. TSH-ul este un factor promoter
E. Pentru apariţia procesului oncogenetic este necesară activarea unor protooncogene

34. **Semnul Pemberton se caracterizează prin:** (447)
A. Apare atunci când pacientul ridică braţele deasupra capului
B. Se manifestă clinic prin apariţia pletorei faciale
C. Se datorează obstructiei venelor jugulare externe
D. Se datorează hemoragiei apărute într-un adenom
E. Apare ca o consecinţă a devoltării guşii către mediastinul anterior

35. **Dacă la o reevaluare la 6 luni a unui pacient cu tiroidectomie totală pentru un cancer tiroidian diferenţiat folicular găsim valori ale Tireoglobulinei între 2-10ng/ml si WBS negativă (Whole body scan), ce investigaţii recomandaţi ulterior?** (451)
A. Este necesară o ecografie şi urmărirea valorilor tireoglobulinei la 3 luni
B. Necesită imagistică CT cervico-toracică
C. Necesită repetarea radioiodoablaţiei la interval de 6-12 luni
D. Necesită FDG-PET/CT pentru evidenţierea leziunilor de carcinom papilar ce au pierdut capacitatea de iodocaptare
E. Necesită o ecografie cervicală

36. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la cancerul medular tiroidian NU sunt adevărate:** (453)
A. Diagnosticul pozitiv obligă la tiroidectomie totală
B. Pentru leziunile <1 cm se poate limita disecţia ganglionară la compartimentul central
C. În sindromul MEN2B se însoţeşte de afectarea paratiroidelor
D. Chimioterapia bazată pe medicaţia citotoxică oncologică a adus beneficii semnificative
E. Postoperator este necesară terapia de substituţie cu levotiroxină

37. **Care dintre următoarele NU aparţin grupului inhibitorilor de tirozin kinază:** (453)
A. Streptozotocina
B. Cabozantinib
C. Vandetanib
D. Dacarbazina
E. Sorafenib

38. **Care dintre următoarele atitudini terapeutice sunt indicate în cancerul medular tiroidian:** (453)
A. Tiroidectomie totală şi disecţie ganglionară
B. Terapia de radioiodoablaţie
C. În cazul leziunilor < 1cm se poate limita disecţia ganglionară la compartimentul central
D. Chimioterapie bazată pe inhibitori de tirozin –kinază
E. Substituţie tiroidiană postoperator cu intenţia de supresie

39. **Referitor la tratamentul substitutiv/supresiv cu levotiroxină în cancerul tiroidian diferenţiat din epiteliul folicular sunt ADEVĂRATE:** (452)
   A. Pacienţii cu risc crescut necesită menţinerea TSH sub 0,1 mU/L
   B. Terapia cu levotiroxina trebuie individualizată fiecărui caz
   C. Pacienţii cu TSH supresat vor avea nevoie de un supliment de calciu şi vitamina D, administrat zilnic
   D. Pacienţii cu risc scăzut, fără evidenţă imagistică de boală reziduală ar trebui să aibă un TSH sub 0,1mU/L
   E. Osteoporoza este una din complicaţiile supradozajului la femei postclimax

40. **Care dintre următoarele tumori tiroidiene reprezintă la rapoartele citologice "zone gri":** (449)
   A. Carcinoamele foliculare
   B. Carcinomul cu celule clare
   C. Carcinoamele cu celule Hurtle
   D. Carcinomul insular
   E. Elementele sugestive pentru carcinomul papilar, dar nu diagnostice pentru carcinomul papilar

VII. BOLI INFECŢIOASE

Complement simplu:

1. **Referitor la hepatitele virale acute următoarele afirmaţii sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (455-460)
   A. VHA şi VHE sunt transmise pe cale fecal-orală
   B. VHB se poate transmite prin consum de droguri cu administrare i.v.
   C. VHC se poate transmite prin consum de droguri cu administrare i.v. sau intranazală
   D. Transmiterea VHC pe cale sexuală este frecventă
   E. VHD poate fi responsabil de o suprainfecţie la pacienţii diagnosticaţi cu VHB

2. **Care din următoarele enunţuri referitoare la explorările paraclinice în hepatitele virale acute cu VHA NU este adevărat?** (456)
   A. Transaminazele sunt în general crescute de peste 10 ori faţă de limita superioară a normalului
   B. Dintre transaminaze, ALT este mai specific pentru ţesutul hepatic
   C. Concentraţia de protrombină este sub 25 % în formă fulminantă
   D. IgG VHA reprezintă contact recent
   E. Hiperbilirubinemie

3. **Urmatoarea afirmatie referitoare la tratamentul hepatitei acute cu VHC este ADEVĂRATĂ:** (461)
   A. Nu necesită tratament antiviral, tratamentul fiind în principal simptomatic
   B. În formele cronice este indicat interferonul pegylat pe o durată de 48 săptămâni
   C. În formele cronice este indicat tratamentul cu analogici nucleozidici/nucleotidici (tenofovir, entecavir) pe termen lung
   D. Se poate asocia tratament combinat cu entecavir, un *DAA- direct-acting antiviral* cu interferonul pegylat
   E. Se poate încerca monoterapia cu interferon pegylat în faza acută (în cazul în care nu se înregistrează clearence spontan în primele 12 săptămâni)

4. **Despre HIV putem afirma următoarele, CU EXCEPŢIA:** (463)
   A. Face parte din familia retrovirusurilor
   B. Sursa de infecţie este umană
   C. Genomul sau este de tip ADN
   D. Stabileşte rezervoare virale în organismul uman, unde rămâne în stare de latenţă pe termen lung
   E. În replicarea virusului intervin 3 enzime virale

5. **Referitor la manifestările clinice ale infecţiei HIV, următoarele enunţuri NU sunt adevărate:** (464)
   A. Infecţia HIV este clasificată conform sistemului CDC
   B. Etapa asimptomatică are o durată medie de 8-10 ani, numărul de limfocite CD4 rămâne relativ stabil iar încărcătura virală (ARN HIV) scade treptat
   C. Etapa SIDA se defineşte prin scăderea numărului celulelor CD4 sub 200/mmc
   D. În etapa simptomatică apar simptomele patologiilor asociate infecţiei HIV

E. În cadrul infecţiei acute, fereastra serologică poate dura până la 6 luni

6. **Următoarele afirmaţii referitoare la sepsis sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (468)
   A. Epidemiologia este în relaţie directă cu etiologia infecţioasă
   B. În absenţa unui tratament etiologic, asociază morbiditate şi mortalitate semnificativă
   C. Insuficienţa respiratorie apărută în cadrul unei pneumonii, fără alte disfuncţii de organ este clasificată drept sepsis
   D. Disfuncţia de organ din cadrul sepsisului trebuie să aibă localizare în afara sediului primar al infecţiei
   E. Manifestările clinice depind de caracteristicile pacientului

7. **În evaluarea instalării şocului septic poate fi utilă determinarea:** (469)
   A. Procalcitoninei
   B. Lactatului seric
   C. Investigaţiilor imagistice
   D. VSH
   E. Fibrinogenului

Complement multiplu:

8. **Selectaţi enunţurile ADEVĂRATE referitoare la VHB:** (457)
   A. Este un virus de tip ADN
   B. Nu are risc de reactivare a infecţiei
   C. În caz de infecţie în perioada de adult,majoritatea vor evolua spre hepatită cronică
   D. Îşi integrează materialul genetic în celula-gazdă prin intermediul formelor ADNccc
   E. În caz de infecţie VHB survenită în copilărie, se înregistrează clearance spontan în decurs de 6 luni din momentul infecţiei acute

9. **Serologia sugestivă pentru infecţia acută cu VHB este:** (458)
   A. AgHBs negativi
   B. AgHBs pozitivi
   C. AcHBs negativi
   D. AcHBc de tip IgM pozitivi
   E. AcHBc de tip IgG pozitivi

10. **Referitor la VHD următoarele sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (459)
    A. Este un virus de tip ARN, cu anvelopă proprie
    B. Este un virus de tip ADN, fără anvelopă proprie
    C. Cronicizarea apare mai frecvent în cazul suprainfecţiei decât în cazul coinfecţiei
    D. Este un virus de tip ARN, defectiv, fără anvelopă proprie
    E. Cronicizarea apare mai frecvent în cazul coinfecţiei decât în cazul suprainfecţiei

11. **Pentru diagnosticul etiologic în hepatita acută cu VHC se determină:** (461)
    A. AgVHC
    B. AcVHC

C. Testele non-invazive: FibroMax, FibroScan
D. Încărcătura virală ARN VHC
E. Valoarea transaminazelor (ALT)

12. **Selectați enunțurile ADEVĂRATE referitoare la hepatita acută cu VHE:** (456)
A. VHE se poate transmite pe cale fecal-orală
B. Evoluează frecvent către hepatită cronică
C. Pentru diagnosticul etiologic se determină AcVHE
D. Au fost raportate cazuri fulminante la pacienți tarați sau la femei însărcinate
E. VHE este un virus ADN care provoacă hepatite acute cu evoluție autolimitantă

13. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la prevenirea transmiterii verticale cu VHB NU sunt adevărate?** (457)
A. Este importantă monitorizarea viremiei în timpul sarcinii
B. Este indicat tratamentul antiviral sau lamivudina în cazul în care viremia depășește 200 UI/ml în trimestrul II de sarcină.
C. Nașterea se va efectua prin cezariană
D. Este indicat tratamentul antiviral sau lamivudina în cazul în care viremia depășește 2000 UI/ml în trimestrul III de sarcină
E. Nou-născutul va primi imunoglobuline umane specifice anti-VHB, în primele săptămâni de la naștere

14. **Hepatita C poate prezenta forme fulminante CU:** (461)
A. Prognostic rezervat (concentrația protrombinei mai mică de 25%)
B. Prognostic rezervat (concentrația protrombinei mai mare de 25%)
C. Coagulopatie
D. Sindrom hemoragipar
E. Encefalopatie hepatică

15. **Pentru diagnosticul de VHB+VHD sunt necesare următoarele explorări, CU EXCEPȚIA:** (459)
A. În caz de coinfecție, serologie VHB sugestivă infecției acute (AgHBs pozitivi, AcHBs negativi, AcHBc IgM pozitivi) + Ac VHD IgM pozitivi
B. În caz de coinfecție, serologie VHB sugestivă infecției cronică (AgHBs pozitivi, AcHBs negativi, AcHBc IgM pozitivi) + Ac VHD IgM pozitivi
C. În caz de coinfecție, serologie VHB sugestivă infecției acută (AgHBs pozitivi, AcHBs negativi, AcHBc totali pozitivi) + Ac VHD IgG pozitivi
D. În caz de suprainfecție, serologie VHB sugestivă pentru infecția cronică (AgHBs pozitivi, AcHBs negativi, AcHBc totali pozitivi) + Ac VHD IgM pozitivi
E. În caz de suprainfecție, serologie VHB sugestivă pentru infecția acută (AgHBs pozitivi, AcHBs negativi, AcHBc IgM pozitivi) + Ac VHD IgG pozitivi

16. **Sunt virusuri hepatitice cu genom tip ARN**: (455-460)
A. VHA
B. VHB
C. VHC
D. VHD

E. VHE

17. **Principalele căi de transmitere a infecţiei HIV sunt, CU EXCEPŢIA:** (463)
    A. Contact sexual neprotejat
    B. Pe cale fecal-orală (prin „mâini murdare")
    C. Transmitere parenterală
    D. Transmitere verticală
    E. Prin picături Flügge

18. **În replicarea HIV intervin următoarele enzime:** (463)
    A. Oxidoreductaza
    B. Ligaza
    C. Integraza
    D. Proteaza
    E. Revers transcriptaza

19. **În cadrul infecţiilor oportuniste apărute în cadrul infecţiei HIV cu CD4 < 200/mmc NU întâlnim:** (466)
    A. Toxoplasmoza pulmonară
    B. Meningita criptococică
    C. Pneumocistoza pulmonară
    D. Retinita EBV
    E. Micobacterioze atipice diseminate

20. **Referitor la diagnosticul în infecţia HIV sunt ADEVĂRATE următoarele:** (465)
    A. Se utilizează un test screening şi unul de confirmare, însoţit de consiliere psihologică
    B. Se utilizează iniţial testul Western blot
    C. Testele ELISA şi Western blot pot fi negative în primele 12 luni.
    D. Dacă ELISA este pozitiv se efectuează testul Western blot de confirmare
    E. Dacă ELISA este negativ se poate efectua încărcătura virală

21. **Un pacient C3, conform clasificării CDC din cadrul infecţiei HIV poate prezenta**: (464)
    A. Tuberculoză
    B. Limfadenopatie generalizată persistentă
    C. Sarcom Kaposi
    D. CD4 nadir < 200 celule/mmc
    E. CD4 nadir 200-499 celule/mmc

22. **Schema de tratament în infecţia HIV poate fi reevaluată în caz de:** (467)
    A. Eşec virusologic
    B. Eşec imunologic (creşterea CD4 sub tratament)
    C. Considerente de toxicitate medicamentoasă
    D. Tolerabilitate
    E. Profil de reacţii adverse (lipodistrofie)

23. **Definiţia sepsisului (2014) presupune:** (469)
A. Infecţie
B. Inflamaţie
C. Sindrom de răspuns inflamator sistemic (SIRS)
D. Disfuncţie de organ (cu altă localizare în afară de sediul primar al infecţiei)
E. Hipotensiune refractară la administrare i.v. de fluide

24. **Cei „4D" ai terapiei antimicrobiene din sepsis pot lua în calcul următoarele, CU EXCEPŢIA:** (470)
A. *Right Dose*
B. *Right Drug*
C. *De-escalation*
D. *Right Distribution*
E. *Right PharmacoDynamy*

25. **Referitor la complicaţiile ce pot apărea în cadrul sepsisului sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (470)
A. Poate apărea sindromul de detresă respiratorie acută
B. Creşterea fracţiei de ejecţie cardiacă
C. Absenţa proteinuriei şi a retenţiei azotate
D. Dezechilibrele metabolice de tip hipoglicemie, alcaloză
E. Coagulopatiile

26. **Care dintre următoarele criterii defineşte SIRS?** (469)
A. Leucocitoză sau leucopenie
B. Febră sau hipotermie
C. Oligo-anurie
D. Scăderea TA sistolice ≤90 mmHg
E. Tahicardie (alură ventriculară >90/min)

27. **Disfuncţia de organ din cadrul sepsisului este identificată prin următoarele criterii specifice:** (469)
A. Encefalopatie, obnubilare
B. Insuficienţă respiratorie
C. Alcaloză metabolică în absenţa unei cauze specifice
D. Scăderea concentraţiei de protrombină în insuficientă hepatică
E. Trombocitoză severă

28. **Care dintre următoarele criterii defineşte SIRS?** (469)
A. Bradicardie (alură ventriculară <90/min)
B. Polipnee (frecvenţa respiratorie >20/min)
C. Trombocitoză sau trombocitopenie
D. Febră sau hipotermie
E. Acidoză metabolică în absenţa unei cauze specifice

VIII. NEFROLOGIE

Complement simplu:

1. **Care din următoarele medicamente necesită reducerea dozelor doar când eRFG scade sub 30mL/min:** (503)
   A. Tetracicliniele
   B. Metotrexatul
   C. Flucitocina
   D. Betablocantele
   E. Aminoglicozidele

2. **Referitor la complicaţiile digestive din boala cronică de rinichi NU sunt adevărate:** (497)
   A. Cea mai frecventă cauză de sângerare digestivă inferioară este cancerul
   B. Ulcerele duodenale, gastrita şi duodenita erozivă apar mai frecvent la pacienţii în predializă decât la cei dializaţi
   C. Ischemia mezenterică este o complicaţie severă la pacienţii dializaţi şi apare cel mai frecvent datorită leziunilor de ateroscleroză
   D. Administrarea de polistiren sulfat în asociere cu sorbitol determină frecvent necroza colonului
   E. Creşterea concentraţiei ureei în secreţiile digestive determină greţuri şi vărsături

3. **Referitor la complicaţiile cardiovasculare în boala cronică de rinichi este ADEVĂRAT:** (495)
   A. Principalele cauze de mortalitate sunt infarctul de miocard şi accidentele vasculare cerebrale
   B. Iniţial se produce o insuficienţă cardiacă sistolică, care generează episoade de edem pulmonar acut repetitiv
   C. Numărul imaginilor „în coadă de cometă" surprinse la ecografia pulmonară este un predictor mai bun al mortalităţii decât evaluarea hiperhidratării prin bioimpedanţă.
   D. Nivelul peptidelor natriuretice are un rol important în diagnosticul episoadelor de insuficienţă cardiacă acută la pacienţii cu BCR
   E. Pericardita acută apare la pacienţii în stadiul G3b şi are frecvent un răsunet hemodinamic puternic

4. **Referitor la ateroscleroza membrelor inferioare în boala cronică de rinichi NU este adevărat:** (494)
   A. Indicele gleznă-braţ sub 0.9 sugerează obstrucţia arterială
   B. Indicele haluce-braţ sub 0.7 sugerează obstrucţia arterială
   C. Indicele gleznă-braţ peste 1.3 sugerează calcificări extensive ale arterelor membrelor inferioare şi poate masca obstrucţia
   D. Indicele gleznă-braţ sub 1.3 sugerează calcificări extensive ale arterelor membrelor inferioare şi poate masca obstrucţia
   E. Angiografia este recomandată numai când se intenţionează revascularizarea

5. **Referitor la chelatorii fosfaţilor serici NU este adevărat:** (490-492)
   A. Sărurile de calciu reduc fosfatemia dar pot pozitiva bilanţul calciului
   B. Sevelamerul este un chelator non-calcic eficient care poate reduce şi LDL-colesterolul
   C. Poate fi utilizat şi lanthanum
   D. Poate fi utilizată niacina
   E. Poate fi utilizat şi cinacalcetul

6. **Referitor la tratamentul TMO-BCR este ADEVĂRAT:** (492)
   A. Paratiroidectomia este indicată atunci când cel puţin 2 glande au peste 1 cm
   B. Activatorii receptorilor de vitamina D sunt recomandaţi de primă intenţie pentru controlul PTH
   C. Calcimimeticele şi citratul de sodiu cresc calcemia
   D. Chelatorii calcici scad calcemia
   E. Cinacalcet este indicat în hiperparatiroidismul sever necontrolat prin alte mijloace terapeutice, la pacienţii dializaţi, cu risc înalt şi şanse mari de transplant

7. **Referitor la anomaliile scheletului osos în boala cronică de rinichi este ADEVĂRAT:** (489)
   A. Osteitis fibrosa este caracterizată prin: *turnover* osos crescut, mineralizare anormală şi volum osos crescut
   B. Osul adinamic este cea mai frecventă anomalie osoasă la pacienţii hemodializaţi
   C. Anomaliile osoase cu *turnover* osos scăzut sunt: osul adinamic, osteomalacia şi leziunile mixte
   D. Leziunile mixte sunt caracterizate de: *turnover* osos crescut, mineralizare anormală şi volum osos normal
   E. Osteomalacia este caracterizată de: *turnover* osos scăzut, mineralizare normală şi volum osos scăzut

8. **Referitor la tulburările metabolismului hidro-electrolitic şi acido-bazic în boala cronică de rinichi, NU este adevărat:** (486)
   A. Acidoza este cea mai frecventă tulburare acido-bazică
   B. Se produce o retenţie de Na^+
   C. Se produce o hiperhidratare
   D. Hiperpotasemia apare cel mai frecvent când eRFG scade sub 10-15ml/min
   E. Când potasiul seric este între 5.5-6.5 mEq/l se recomandă o dietă bogată în valenţe alcaline şi eliminarea cauzelor medicamentoase

9. **Care din următoarele NU este o cauză de rezistenţă la tratamentul edemelor:** (486-487)
   A. Aport mare de sare
   B. Dieta bogată în valenţe alcaline
   C. Proteinuria nefrotică
   D. Insuficienţa cardiacă
   E. Hipovolemia

10. **Referitor la progresia BCR NU este adevărat:** (480-481)
    A. Un declin al eRFG de 1ml/min pe an este „fiziologic" la persoanele peste 50 de ani
    B. Reducerea cu mai puţin de 1-5% a eRFG pe an este „fiziologică" la persoanele peste 50 de ani
    C. Trecerea într-un stadiu superior asociată cu scăderea cu mai mult de 25% faţă de valoarea iniţială a eRFG este considerată progresie accelerată
    D. Progresia rapidă este considerată scăderea eRFG cu mai mult de 5ml/min pe an
    E. Pentru evaluarea progresiei BCR sunt necesare 3 determinări într-un interval de 12-24 de luni

11. **Stadializarea bolii cronice de rinichi NU include:** (477)
    A. Stadiul G3b cu eRFG: 30-44 ml/min/1.73 m^2
    B. Stadiul G2 cu eRFG: 60-89 ml/min/1.73 m^2 + sumar patologic sau proteinurie peste 150mg/zi
    C. Stadiul G4 cu eRFG: 15-29 ml/min/1.73 m^2
    D. Stadiul G5 cu e RFG: sub 15 ml/min/1.73 m^2
    E. Stadiul G3a cu eRFG: 30-44 ml/min/1.73 m^2

12. **Referitor la categoriile de risc în BCR în funcţie de albuminurie NU este adevărat:** (476)
    A. A1 include 1+ la bandeleta urinară
    B. A2 include o proteinurie cuprinsă între 150-500 mg/24 ore
    C. A1 include un raport albumină/creatinină sub 30 mg/g
    D. A3 include un raport proteine/creatinină peste 50mg/g
    E. A3 include o albuminurie peste 300mg/24 ore

13. **Referitor la localizarea complexelor imune circulante este ADEVĂRAT că:** (518)
    A. Atunci când complexele imune circulante sunt localizate pe versantul subendotelial al membranei bazale, infiltratul inflamator lipseşte sau este minimal
    B. Localizarea subepitelială a complexelor imune circulante este asociată cu sindrom nefritic
    C. Localizarea subepitelială a complexelor imune circulante poate duce la necroza fibrinoidă a capilarelor, rezultând rupturi ai pereţilor capilari şi proliferare celulară în spaţiul Bowman
    D. Localizarea subendotelială a complexelor imune circulante duce la proteinurie importantă
    E. În cazul localizării subepiteliale a complexelor imune circulante, răspunsul inflamator este iniţiat cel mai frecvent prin complement

14. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la glomerulonefrita membranoproliferativă NU este adevărată:** (546)
    A. În tipul I apare frecvent aspectul „compartimentat" al glomerulilor
    B. În tipul II apar depuneri electronodense cu aspect de panglică în membrana bazală glomerulară

C. În tipul I scade fracţiunea C3 şi C4
D. În tipul III scade doar fracţiunea C4
E. În tipul II scade doar fracţiunea C3

15. **Referitor la tratamentul glomerulopatiei membranoase NU este adevărat:** (544)
A. La pacienţii cu risc scăzut se indică tratamentul cu IECA sau sartani şi monitorizare periodică
B. La pacienţii cu risc crescut se recomandă asocierea ciclofosfamidei cu PDN
C. Rituximabul este propus pentru formele refractare
D. La pacienţii cu creatininemia constant peste 3.5 mg/dL şi rinichi cu dimensiuni scăzute, este recomandat tratamentul imunosupresor agresiv
E. Dacă albuminemia este sub 2.5 g/dL trebuie făcută profilaxia complicaţiilor tromboembolice

16. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la glomerulopatia membranoasă NU este adevărată:** (542-543)
A. Predomină forma secundară
B. Poate apărea după administrarea de D-penicilamină
C. Complexele imune circulante sunt localizate subepitelial
D. La microscopia optică se evidenţiază îngroşarea difuză a membranei bazale glomerulare
E. La persoanele peste 55-60 de ani este recomandată explorarea paraneoplazică

17. **Care din următorii factori NU contribuie la starea de hipercoagulabilitate din sindromul nefrotic:** (535)
A. Pierderea urinară de antitrombină III
B. Scăderea plasminogenului
C. Scăderea α2 antiplasminei
D. Hemoconcentraţia
E. Creşterea concentraţiei serice a factorului V şi VII

18. **Care din următoarele glomerulopatii NU se manifestă de obicei prin sindrom nefritic:** (543)
A. Glomerulonefrita acută post streptococică
B. Nefropatia IgA
C. Glomerulonefrita rapid progresivă
D. Glomerulopatia membranoasă
E. Sindromul Goodpasture

19. **Care din următoarele NU este o manifestare clinică a glomerulopatiilor:** (521)
A. Proteinuria
B. Hematuria
C. Edeme
D. Leucocituria
E. Hipertensiunea arterială

20. **Care din următoarele medicamente poate determina afectarea glomerulară:** (516)
    A. Litiu
    B. Anticonvulsivantele
    C. Penicilina G
    D. Cefalosporinele generaţia III
    E. Beta blocantele

21. **Care din următoarele NU este un mecanism imun implicat în patogeneza glomerulonefritelor:** (516)
    A. ASCA
    B. Complexele imune circulante
    C. Complexele imune in situ
    D. ANCA
    E. Autoanticorpi contra unor antigene glomerulare intrinseci

22. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la leziunile întâlnite în glomerulonefrite NU este adevărată:** (520-521)
    A. Depunerile subendoteliale sunt în mezangiu
    B. Leziunile membranei bazale glomerulare sunt: îngroşarea, dedublarea, clivarea sau depunerile
    C. Leziunile focale sunt limitate doar la anumite anse
    D. Leziunile difuze pot interesa peste 50% din glomeruli
    E. Depozitele liniare sunt înşirate de-a lungul membranei bazale glomerulare

23. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la ITU joase NU este adevărată:** (561-562)
    A. Netratată, uretrita gonococică determină epididimită, impotenţă şi sterilitate la bărbat
    B. Uretritele cu *Chlamydia* răspund la ofloxacină
    C. Prostadinia reprezintă durerea pelvirenală asociată cu probe urinare şi secreţie prostatică normală
    D. Terapia de 3 zile în cistitele acute necomplicate are eficienţă mai mică decât terapia de 7 zile
    E. În schema cu durată de 7 zile se poate folosi: nitrofurantoin, cotrimoxazol, amoxicilină+acid clavulanic

24. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la etiologia pielonefritei cronice NU este adevărată:** (555)
    A. Cel mai frecvent agent etiologic incriminat este *E.coli*
    B. Fungii pot produce abcese renale prin diseminare fungică hematogenă
    C. În infecţiile de cateter cel mai frecvent se izolează *S.aureus*
    D. În pielonefrita cronică complicată se întâlneşte frecvent *Klebsiella*
    E. Infecţia cu enterococ este rară şi persistă mai mulţi ani

25. **În care din următoarele circumstanţe clinice NU se suspicionează o pielonefrită acută complicată:** (552)
A. Primul episod de PNA la bărbat
B. Prima PNA asociată cu colică renală şi hematurie la femeie
C. Prima PNA cu IRA şi proteinurie la femeie
D. Prima PNA cu leucociturie persistentă la femeie
E. Prima PNA cu febră peste 40°C şi stare generală alterată la femeie

26. **Care din următoarele NU este considerată nefropatie tubulointerstiţială conform OMS:** (549)
A. Pielonefrita cronică
B. Uropatia obstructivă
C. Nefropatia de reflux
D. NTI acută infecţioasă asociată difteriei
E. Boala Berger

27. **Clasificarea RVU la cistoureterografie NU include:** (559)
A. Gradul II: dilataţia uşoară a ureterului şi bazinetului
B. Gradul IV: dilataţia moderată a ureterului şi bazinetului
C. Gradul V: dilataţia importantă a ureterului şi bazinetului
D. Gradul I: se opacifiază doar ureterul
E. Gradul II: opacifierea moderată a ureterului şi bazinetului

28. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la sistemele tampon NU este adevărată:** (566)
A. Principalul sistem tampon este sistemul a.carbonic/bicarbonat
B. Concentraţia H^+ în soluţia tampon este: $H^+=[HCO_3^-]/[H_2CO_3]$
C. Concentraţia H^+ în soluţia tampon este: $H^+=[H_2CO_3]/[HCO_3^-]$
D. $[H_2PO_3^-]/[HPO_4^-]$ este un alt sistem tampon
E. $[H^+$Proteină$]/[$Proteină$^-]$ este un alt sistem tampon

29. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la valorile normale din parametrii ASTRUP NU este adevărată:** (567)
A. $pCO2= 40$ mmHg
B. pH standard= 7.35-7.45
C. Baze tampon normale= 40-50 mEq/l
D. CO_2 total= 24-27 mEq/l
E. pH actual= 7.30-7.40

30. **În funcţie de bicarbonatul standard este ADEVĂRAT că:** (568)
A. Dacă bicarbonatul actual este egal cu bicarbonatul standard şi valorile sunt scăzute este vorba de alcaloză metabolică necompensată
B. Dacă bicarbonatul actual este egal cu bicarbonatul standard şi valorile sunt crescute este vorba de o acidoză metabolică compensată
C. Dacă bicarbonatul actual este peste bicarbonatul standard este vorba de o acidoză respiratorie

D. Dacă bicarbonatul actual este sub bicarbonatul standard este vorba de o acidoză respiratorie
E. Dacă bicarbonatul actual este egal cu bicarbonatul standard şi valorile sunt scăzute este vorba de o acidoză metabolică compensată

31. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la echilibrul acido-bazic este ADEVĂRATĂ:** (570)
A. Acidoză respiratorie: pH<7.35, pCO_2 scăzut, HCO_3^- normal
B. Alcaloză metabolică: pH>7.45, pCO_2 scăzut, HCO_3^- scăzut
C. Alcaloză respiratorie: pH>7.45, pCO_2 scăzut, HCO_3^- normal
D. Acidoză metabolică: pH<7.45, pCO_2 normal, HCO_3^- scăzut
E. Acidoză metabolică: pH<7.35, pCO_2 crescut, HCO_3^- crescut

32. **Indicaţiile administrării de bicarbonat în acidoza metabolică NU includ:** (573)
A. Acidoză respiratorie severă - pH: 7.15-7.20
B. Hiperpotasemie severă
C. Acidoză metabolică cu gap anionic normal prin pierdere urinară de bicarbonat
D. Intoxicaţia cu barbiturice
E. Intoxicaţia salicilică

33. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la componentele electrolitice ale spaţiului extracelular NU este adevărată:** (575)
A. Fosfor 1.4-2.2 mmol/l
B. Calciu 4.5-5.8 mmol/l
C. Clor 102 mmol/l
D. Proteine plasmatice 16 mmol/l
E. Sodiu 135-145 mmol/l

34. **Care din următoarele NU este indicaţie de hemodializă:** (588)
A. Hiperpotasemie asociată cu insuficienţă renală cronică
B. Hiperpotasemie asociată cu insuficienţă renală acută oligurică
C. Hiperpotasemie asociată cu leziuni tisulare semnificative
D. Hiperpotasemie asociată cu insuficienţă renală acută poliurică
E. Hiperpotasemie rezistentă la tratamentul medical

35. **Referitor la pierderile zilnice estimate NU este adevărat:** (577)
A. În timpul efortului fizic prin transpiraţie se pot pierde 5L de lichide
B. Pierderile lichidiene prin materii fecale sunt 100 mL indiferent de temperatură sau efort fizic
C. Pierderea cea mai mare de lichide la temperatură normală se face prin transpiraţie
D. Pierderile insensibile sunt reprezentate de piele şi respiraţie
E. Pierderile urinare scad la temperaturi ridicate comparativ cu temperatura normală

Complement multiplu:

36. **Etiologia hipovolemiei hipoosmolare NU cuprinde:** (579)
    A. Sindromul Schwartz-Bartter (hiposecreţie ADH)
    B. Traumatisme cranio-cervicale
    C. Pierderi digestive prin vărsături
    D. Ciroza hepatică
    E. Administrare iatrogenă de ser glucozat 5%

37. **Care din următoarele NU este o tulburare de compoziţie a echilibrului hidro-electrolitic:** (577)
    A. Hiperpotasemia
    B. Hiponatremia
    C. Hipopotasemia
    D. Hiperfosfatemia
    E. Hipovolemia

38. **Următoarele afirmaţii referitoare la indicatorii leziunilor rinichiului sunt ADEVĂRATE:** (475)
    A. Sindromul Bartter include aminoacidurie, glicozurie şi acidoză tubulară
    B. Cilindrii hematici apar în glomerulonefritele proliferative
    C. Cilindrii leucocitari apar în pielonefrite
    D. Acidoza tubulară renală se caracterizează prin acidoză sistemică cu urini alcaline
    E. Diabetul insipid include poliurie şi polidipsie normoglicemică

39. **Care dintre următoarele sunt condiţii asociate cu BCR:** (474)
    A. Greutate la naştere sub 2.5 kg
    B. Boli cardio-vasculare
    C. Hipertrofia de prostată
    D. Antecedente de injurie acută a rinichiului
    E. Antecedente de accident vascular cerebral

40. **Criteriile de diagnostic în BCR includ:** (473)
    A. Albuminurie peste 30mg/zi
    B. Albuminurie peste 300mg/zi
    C. Anomalii acido-bazice datorate disfuncţiei tubilor renali
    D. Transplantul renal
    E. eRFG sub 60 ml/min/1.73 m^2

41. **Acidoza severă decompensată este caracterizată prin următoarele:** (487)
    A. pH sub 7.2
    B. pH sub 7.35
    C. bicarbonat sub 20 mEq/l
    D. hiperventilaţie
    E. hiperpotasemie

42. **Referitor la PTH în BCR sunt ADEVĂRATE următoarele:** (489)
A. Creşte din primele stadii ale BCR
B. Frecvent se întâlneşte un hiperparatiroidism autonom
C. Creşterea PTH este iniţiată de hiperfosfatemie
D. Creşterea PTH este iniţiată de reducerea calcitriolului
E. În hiperparatiroidismul terţiar secreţia de PTH este independentă de calcemie

43. **Referitor la patogenia tulburărilor metabolismului mineral şi osos în BCR sunt ADEVĂRATE următoarele:** (487-488)
A. FGF 23 este principalul hormon fosfaturic
B. PTH inhibă secreţia de calcitriol
C. FGF 23 inhibă secreţia de calcitriol
D. Hipofosfatemia stimulează secreţia de calcitriol
E. Hipercalcemia stimulează secreţia de PTH

44. **Care dintre următoarele sunt complicaţii ale uremiei asociate cu hiperparatiroidismul secundar:** (489)
A. Calcificările vaselor mari
B. Calcifilaxia
C. Polineuropatia
D. Hepatopatia
E. Pericardita

45. **La realizarea pruritului uremic pot participa:** (500)
A. Ateroscleroza
B. Secreţia sudoripară modificată
C. Creşterea concentraţiei de fosfaţi în derm ca urmare a hiperparatiroidismului secundar
D. Sindromul de malnutriţie
E. Anomaliile de arborizaţie a filetelor nervoase cutanate tip C

46. **Modifiările stilului de viaţă în BCR cuprind:** (482)
A. Interdicţia totală a aportului de sare
B. Aport energetic de 50 kcal/kg/zi
C. Aport proteic de 0.6-0.7 g/kg/zi pentru eRFG peste 30mL/min
D. Menţinerea unui indice de masă corporală cuprins între 20-25 kg/m^2
E. Renunţarea la fumat

47. **Care dintre următoarele manifestări clinice corespund stadiului G3b al BCR:** (477)
A. Pericardita
B. Malnutriţia
C. Hiperkalemia
D. Acidoza
E. Retenţia azotată

48. **Care dintre următoarele manifestări clinice NU corespund stadiului G4:** (477-478)
    A. Encefalopatia
    B. Polineuropatia
    C. Gastro-entero-colita uremică
    D. Malnutriţia
    E. HVS

49. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la triajul pentru BCR sunt ADEVĂRATE:** (479)
    A. Pentru confirmarea BCR sunt necesare 2 determinări ale eRFG şi RAC într-un interval de 3 luni
    B. Testarea RAC şi eRFG este indicată şi la persoane fără factori de risc crescut de BCR dacă au peste 50 de ani
    C. La un pacient cu diabet zaharat cu RAC sub 30mg/g testarea se repetă după un an
    D. Scăderea cu 20% a eRFG în decurs de 2 săptămâni de la ultima testare este sugestivă pentru progresia accelerată bolii cronice de rinichi
    E. La un pacient hipertensiv cronic este necesară testarea eRFG sau RAC pentru diagnosticarea BCR

50. **Care dintre următoarele afecţiuni sunt factori de risc crescut pentru BCR:** (479)
    A. Diabetul zaharat
    B. HTA
    C. Amiloidoza
    D. Infecţiile sistemice
    E. Ciroza hepatică

51. **Referitor la tratamentul pruritului uremic sunt ADEVĂRATE următoarele:** (500)
    A. Tratamentul topic este prima şi principala măsură terapeutică indicată
    B. Tratamentul corporal general cu raze UV cu bandă largă ameliorează permanent pruritul
    C. Cărbunele activat este recomandat în pruritul sever
    D. Talidomida este recomandată în pruritul sever
    E. Controlul hiperparatiroidismului şi optimizarea tratamentului prin dializă reprezintă primele măsuri indicate

52. **Complicaţiile cutanate în BCR sunt:** (500-501)
    A. Arcul unghial Terry
    B. Xerozisul
    C. Dermopatia fibrozantă nefrogenă
    D. Calcifilaxia
    E. Leziunile Janeway

53. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la precauţiile medicamentoase în BCR sunt ADEVĂRATE:** (503)
   A. Aminoglicozidele au risc de cristalurie când eRFG este sub 15ml/min
   B. Metotrexatul produce disfuncţii tubulare după tratament prelungit
   C. Dozele de warfarină trebuie scăzute când eRFG este sub 60ml/min
   D. IECA pot fi administraţi şi la o eRFG sub 30ml/min
   E. Antagoniştii de aldosteron pot fi administraţi şi la o eRFG sub 30ml/min

54. **Care dintre următoarele categorii de risc în funcţie de albuminurie şi eRFG necesită monitorizare la 4 luni:** (479)
   A. Paienţii cu eRFG cuprins între 29-15 ml/min şi albuminurie între 30-299 mg/g
   B. Pacienţii cu eRFG cuprins între 30-44 ml/min şi albuminurie între 30-299mg/g
   C. Pacienţii cu eRFG sub 15 ml/min şi albuminurie sub 30 mg/g
   D. Pacienţii cu eRFG cuprins între 29-15 ml/min şi albuminurie peste 300 mg/g
   E. Pacienţii cu eRFG cuprins între 45-59 ml/min şi albuminurie peste 300 mg/g

55. **Care dintre următoarele categorii de pacienţi au risc mediu în BCR:** (479)
   A. Stadiul G3b şi albuminurie A2
   B. Stadiul G2 şi albuminurie A3
   C. Stadiul G4 şi albuminurie A1
   D. Stadiul G3a şi albuminurie A2
   E. Stadiul G3b şi albuminurie A3

56. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la categoria de albuminurie NU este ADEVĂRATĂ:** (476)
   A. A1 include o albuminurie pe 24 de ore sub 300 mg/24 ore
   B. A2 include un raport albumină/creatinină sub 30 mg/g
   C. A3 include o albuminurie peste 300 mg/24 ore
   D. A1 include un raport albumină/creatinină sub 30 mg/g
   E. A2 include o albuminurie cuprinsă între 30-300 mg/24 ore

57. **Referitor la rata filtratului glomerular NU sunt adevărate următoarele afirmaţii:** (476-477)
   A. *Clearence*-ul inulinei este „etalonul de aur" pentru determinarea directă a RFG şi este foarte utilizată în practica medicală
   B. Dozarea creatininei are o imprecizie analitică, deoarece o mare parte este eliminată prin secreţie tubulară
   C. Estimarea ratei de filtrare este recomandată şi se calculează folosind formula CKD EPI 2012
   D. Estimarea ratei de filtrare este recomandată şi se calculează folosind formula MDRD
   E. Estimarea RFG bazată pe cistatina C este recomandată când filtrarea glomerulară are valori de graniţă la estimarea numai pe creatinina serică şi nu există indicatori de leziune a rinichiului

58. **Referitor la diagnosticul pozitiv în BCR NU sunt adevărate următoarele:** (475)
A. Presupune demonstrarea prezenţei indicatorilor de leziune a rinichiului şi a reducerii eRFG sub 60ml/min/1.73 m^2 şi al caracterului cronic (peste 6 luni)
B. Presupune demonstrarea prezenţei indicatorilor de leziune a rinichiului sau reducerii eRFG sub 60ml/min/1.73 m^2 şi al caracterului cronic (peste 6 luni)
C. Presupune demonstrarea prezenţei indicatorilor de leziune a rinichiului şi reducerii eRFG sub 30ml/min/1.73 m^2 si al caracterului cronic (peste 3 luni)
D. Presupune demonstrarea prezenţei albuminuriei peste 30mg/24 ore şi/sau a eRFG sub 60ml/min/1.73 m^2 şi al caracterului cronic (peste 3 luni)
E. Presupune demonstrarea prezenţei proteinuriei peste 30mg/24 ore sau a eRFG sub 60ml/min/1.73 m^2 şi al caracterului cronic (peste 3 luni)

59. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la IECA în BCR sunt ADEVĂRATE:** (484)
A. Sunt indicaţi ca antihipertensive de primă intenţie când albuminuria este peste 300mg/g creatinină chiar şi când PA este normală
B. Nu există diferenţe importante între IECA şi blocanţii receptorilor angiotensinei
C. Determină vasodilataţia arteriolei aferente şi vasoconstricţia arteriolei eferente, crescând astfel debitul sanguin la nivelul glomerulului
D. În primele zile de tratament trebuie monitorizate diureza, creatinina şi potasiul
E. Combinaţia Aliskiren şi IECA scade proteinuria şi este recomandată atunci când eRFG scade sub 60ml/min

60. **Referitor la controlul presiunii arteriale şi al proteinuriei în BCR sunt ADEVĂRATE:** (484-485)
A. Statinele sunt indicate pacienţilor cu hipercolesterolemie şi vârstă sub 50 de ani
B. Fibraţii pot fi recomandaţi la pacienţii cu nefropatie diabetică şi hipercolesterolemie
C. Principala medicaţie antihipertensivă la pacientul cu BCR cuprinde IECA, diureticele şi blocantele de calciu
D. Verapamilul în combinaţie cu IECA reduce suplimentar proteinuria
E. Se recomandă asocierea dintre un diuretic de ansă şi tiazidic în caz de rezistenţă la diureticul de ansă singur

61. **Referitor la complicaţiile neurologice în BCR NU sunt adevărate:** (501-502)
A. Polineuropatia este frecvent simptomatică, pacientul prezentând „tălpi fierbinţi"
B. Encefalopatia uremică apare secundar calcificărilor vaselor mici de la nivelul creierului
C. Rarefierea substanţei albe (leukoplakie) şi infarctele subclinice reprezintă substratul alterării cognitive
D. Depresia este un predictor independent al mortalităţii deoarece se asociază cu non-aderenţa şi abandonul tratamentului
E. Gabapentinul poate fi responsabil de apariţia delirului la persoanele cu BCR avansată

62. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la ajustarea dozei medicamentelor alese în BCR NU sunt adevărate:** (504-505)
A. De obicei eRFG peste 60ml/min nu impune reducerea dozei
B. În cazul edemelor pretibiale se scade din masa corporală 10 kg
C. În cazul în care există revărsate seroase se scade din masa corporală 15 kg
D. În general, în tratamentul antibiotic se modifică doza de încărcare, dozele de întreţinere rămânând aceleaşi
E. Ajustarea dozei medicamentelor alese se poate face prin micşorarea dozei la fiecare priză şi mărirea numărului de prize pe zi

63. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la administrarea medicamentelor în BCR sunt ADEVĂRATE:** (502-505)
A. În general la pacientul cu BCR trebuie tratate toate comorbidităţile, indiferent de numărul de medicamente sau prize pe zi
B. În cazul tratamentului cu digoxin se recomandă monitorizarea digoxinemiei
C. Preparatele din plante şi suplimentele nutriţionale care pot fi eliberate fără prescripţie pot fi utile în BCR
D. Afectarea concomitentă a ficatului impune reducerea dozelor medicamentelor cu 20%
E. Ecuaţii de estimare a eRFG nu sunt valide în cazul în care creatinina serică are variaţii mari zilnice

64. **Care dintre următorii pacienţi sunt eligibili pentru iniţierea tratamentului substitutiv renal:** (505)
A. Un pacient cu antecedente de tuberculoză tratat corespunzător
B. O pacientă cu cancer mamar stadiul III
C. Un pacient cu istoric de infecţie VHB care prezintă Ag Hbs negativ şi Ac anti Hbs pozitivi.
D. Un pacient care la radiografia pulmonară prezintă o cavernă şi are testul la tuberculină pozitiv
E. Un pacient cu infecţie HIV dar care are CD4≥500 celule/mmc şi limfadenopatie generalizată

65. **Care dintre următoarele NU sunt indicaţii de trimitere imediată pentru consult nefrologic a pacienţilor cu BCR:** (506)
A. Creşterea de peste 1.5 ori a creatininei în decurs de 7 zile
B. Albuminurie peste 3000mg/g
C. Hb sub 10g/dL
D. Suspiciune de LES
E. HTA rezistentă la tratament (peste 4 antihipertensive)

66. **Care dintre următoarele NU sunt indicaţii de trimitere de rutină pentru consult nefrologic a pacienţilor cu BCR:** (506)
A. BCR cu risc foarte mare
B. Progresie accelerată a BCR
C. Litiază renală recurentă
D. Sindrom nefritic

E. Sindrom nefrotic

67. **Care dintre următoarele sunt indicaţii de trimitere de urgenţă pentru consult nefrologic a pacienţilor cu BCR:** (506)
A. Criza hipertensivă (peste 180/120 mmHg)
B. Sindrom nefrotic
C. Injurie acută a rinichiului
D. Acidoza severă
E. Reducere a eRFG cu 5 ml/an

68. **Referitor la pregătirea pacientului pentru iniţierea tratamentului substitutiv renal sunt ADEVĂRATE:** (506)
A. Începerea tratamentului prin dializă este indicat atunci când eRFG este între 10-15ml/min
B. Planificarea tratamentului substitutiv trebuie făcută atunci când eRFG începe să scadă sub 45ml/min
C. Începerea tratamentului prin dializă este indicat atunci când apar simptome atribuite uremiei, chiar dacă eRFG este peste 20ml/min
D. Transplantul renal pre-emptiv intră în discuţie la pacienţii cu eRFG sub 15-20 ml/min la care este dovedită progresia ireversibilă a BCR în 6-12 luni
E. Tratamentul prin dializă este indicat mai ales la pacienţii cu vârstă înaintată, cu multiple comorbidităţi, deoarece creşte semnificativ şansele de supravieţuire

69. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la antibiotice în BCR sunt ADEVĂRATE:** (503)
A. Tetraciclinele pot creşte retenţia azotată
B. Este contraindicată asocierea furosemidului cu penicilina
C. Fluorochinolonele au risc de cristalurie când eRFG scade sub 15 ml/min
D. Este recomandată reducerea dozelor de tetraciclină la o eRFG sub 45ml/min
E. Neurotoxicitatea apare la doze mari de penicilină administrate când eRFG este sub 15ml/min

70. **Tratamentul calcifilaxiei include:** (501)
A. Paratiroidectomia trebuie practicată rapid
B. Trebuie întreruptă administrarea anticoagulantelor dicumarinice
C. Trebuie întreruptă administrarea heparinei nefracţionate
D. Oxigenoterapia hiperbară favorizează vindecarea plăgilor
E. De primă intenţie se face toaleta chirurgicală a leziunilor, antibioterapie şi analgezie

71. **Referitor la calcifilaxie NU sunt adevărate:** (501)
A. Biopsia cutanată este rar practicată
B. Este o afecţiune asemănătoare sclerozei sistemice
C. Necroza apare secundar calcificării intimei vaselor arteriale mici dermice
D. Debutează ca papule, noduli sau plăci eritematoase indurate, edematiate
E. Nu există tratament eficient, dar unii pacienţi răspund la doze mari de prednison

72. **Referitor la disfuncţia trombocitară în BCR sunt ADEVĂRATE:** (499)
A. În caz de hemoragii acute ameninţătoare de viaţă la pacienţii care nu tolerează supraîncărcare volemică, tratamentul se face cu crioprecipitat
B. În caz de hemoragii acute ameninţătoare de viaţă la pacienţii care nu tolerează supraîncărcare volemică, tratamentul se face cu sânge proaspăt
C. Estrogenii conjugaţi pot fi utili
D. Caracteristic disfuncţiei plachetare este un timp de sângerare scăzut, cu timpii de protrombină şi protrombină activată normali
E. Tendinţa la sângerare este o caracteristică a BCR chiar şi de la un eRFG sub 45ml/min

73. **Factorii patogenici principali ai pancreatitei din BCR sunt:** (498)
A. Hiperparatiroidismul secundar
B. Medicamentele
C. Calculii biliari
D. Hipertrigliceridemia
E. Incidenţa crescută a bolilor autoimune

74. **Tratamentul medicamentos al delirului din BCR se face cu:** (502)
A. Gabapentin
B. Carbamazepină
C. Amitriptilină
D. Haloperidol
E. Olanzapină

75. **Riscurile tratamentului cu eritropoietină sunt:** (499)
A. Creşterea presiunii arteriale
B. Accidentele vasculare cerebrale
C. Tromboza căii de abord venos
D. Progresia neoplaziilor
E. Progresia insuficienţei cardiace

76. **Tratamentul cu stimulatori ai eritropoiezei se face când:** (499)
A. Hemoglobina este mai mică de 10-11g/dl şi anemia este normocromă normocitară hiporegenerativă
B. Hemoglobina este sub 10-11g/dl şi are o tendinţă descrescătoare
C. Deficitul de fier a fost corectat
D. Hemoglobina este mai mică de 12 g/dl
E. Hemoglobina este mai mică de 10-11g/dl şi anemia este hipocromă microcitară şi hiporegenerativă

77. **Sunt toxine uremice următoarele:** (492,496)
A. Para-cresol fosfat
B. Dimetil arginina asimetrică
C. Homocisteina
D. AGF
E. Indoxil sulfat

78. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la morfopatologia glomerulonefritei poststreptococice NU sunt adevărate:** (524)
A. Este o glomerulonefrită proliferativă extracapilară difuză
B. La imunofluorescenţă se observă prezenţa depozitelor de IgG şi C3
C. La imunofluorescenţă se observă depuneri cu aspect granular, subepiteliale sub formă de „grămăjoare"
D. La imunofluorescenţă pot apărea depozite imune de IgM şi C3
E. La microscopia optică se observă o îngroşare difuză a membranei bazale glomerulare, cu depuneri subepiteliale şi excrescenţe („spikes") ale membranei

79. **Indicaţiile corticoterapiei în nefropatia Ig A sunt:** (528)
A. Creatinina serică în creştere şi RFG în scădere (nu sub 30 ml/min)
B. Dacă există proliferare sau necroză la nivelul anselor
C. Dacă proteinuria nu se remite în 3-6 luni sub tratament cu IECA
D. Prezenţa atrofiei tubulare şi a fibrozei interstiţiale extinse
E. Prezenţa glomerulosclerozei

80. **Consecinţele pierderii urinare de proteine în sindromul nefrotic sunt:** (533-536)
A. Tulburări de coagulare
B. Scăderea concentraţiei serice a hormonilor tiroidieni
C. Creşterea concentraţiei serice a anticoagulantelor dicumarinice
D. Hiperlipoproteinemie
E. Scăderea calciului ionizat

81. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul glomerulosclerozei focale si segmentare NU sunt adevărate:** (542)
A. Terapia imunosupresoare este recomandată în toate formele de boală
B. Ciclosporina este folosită în caz de corticorezistenţă
C. Micofenolat mofetil este indicat în caz de corticorezistenţă
D. Afecţiunea poate fi considerată refractară la ciclosporină doar după 4 luni de tratament
E. În cazul remisiunii bolii, reducerea dozelor de prednison poate fi efectuată mai rapid

82. **Care dintre următoarele sunt cauze secundare de glomerulopatie cu leziuni minime:** (538)
A. Atopii
B. Tratamentul cu AINS
C. Tratamentul cu macrolide
D. Ciroză biliară primitivă
E. Cancerul mamar

83. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la manifestările clinice din glomerulonefrita rapid progresivă NU sunt adevărate:** (530)
A. Prezintă un debut clinic brusc, prin hematurie şi sindrom nefritic
B. HTA este în general severă

C. Pot apărea semne ale unei boli sistemice: infiltrate pulmonare, purpură, hepatosplenomegalie
D. Hematuria este constantă
E. Hipocomplementemia apare în formele pauciimune

84. **Referitor la tratamentul în nefropatia Ig A sunt ADEVĂRATE următoarele:** (527-528)
A. Toţi pacienţii cu proteinurie peste 0.5-1 g/zi necesită IECA
B. Corticoterapia este indicată la pacienţii cu creatinină serică persistent crescută peste 3 mg/dl şi cu leziuni de glomeruloscleroză
C. Terapia combinată cu metilprednisolon în pulsuri continuat cu prednison oral + ciclosporină în pulsuri i.v sau oral este recomandată la pacienţii cu proliferare extracapilară
D. Amigdalectomia, regimul hipoalergizant şi imunoglobulinele i.v au efect benefic cert
E. Dacă proteinuria este ridicată şi nu scade în 3-6 luni sub tratament cu IECA se recomandă corticoterapia

85. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la sindroamele glomerulare sunt ADEVĂRATE:** (521)
A. În glomerulonefritele rapid progresive, pacienţii dezvoltă insuficienţă renală în 1-3 luni
B. Sindromul nefrotic apare cvasiconstant în glomerulopatia membranoasă şi nefropatia diabetică avansată
C. Anomaliile urinare asimptomatice se manifestă cel mai frecvent prin proteinurie recidivantă
D. Sindromul hepatorenal este unul din sindroamele suplimentare noi
E. Sindromul nefrotic reprezintă echivalentul clinic al inflamaţiei glomerulare şi asociază proteinurie masivă

86. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la coloraţia în microscopia optică sunt ADEVĂRATE:** (520)
A. Coloraţia roşu congo este folosită pentru evidenţierea amiloidului
B. PAS este folosit pentru studiul peretelui capilarelor glomerulare, capsulei Bowman, a membranei tubulare bazale, a expansiunii mezangiale şi a depunerilor
C. Coloraţia tricrom Masson este folosită pentru evidenţierea zonelor de scleroză şi a colagenului
D. Hematoxilin eozinofilă permite aprecierea generală şi diferenţierea elementelor celulare
E. Coloraţia argint-metenamină evidenţiază depozitele de amiloid, zonele de scleroză şi colagenul

87. **Referitor la dinamica ASLO sunt ADEVĂRATE:** (525)
A. ASLO ating nivelul maxim la 3-4 săptămâni după debutul infecţiei streptococice
B. ASLO încep să crească de la 10-14 zile de la debutul glomerulopatiei

C. Nivelul ASLO este strâns corelat cu severitatea glomerulonefritei
D. În infecţiile cutanate valoarea diagnostică ASLO scade
E. După atingerea maximului ASLO scade treptat

88. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la glomeruloscleroza focală şi segmentală NU sunt adevărate:** (540-541)
A. La microscopia optică se observă proliferarea mezangiului
B. La imunofluorescenţă se observă depozite de tip Ig M şi C3 în zonele de scleroză
C. Este caracterizată prin zone de scleroză limitate la un număr mare de glomeruli şi care afectează unele anse (focală)
D. Poate apărea în refluxul vezicoureteral
E. Prezintă modificări podocitare asemănătoare cu glomerulopatia membranoasă

89. **Referitor la sindromul nefrotic NU sunt adevărate:** (531-533)
A. Proteinuria este peste 3.5 g/1.73 m^2/zi
B. Proteinuria este sub 3.5 g/1.73 m^2/zi
C. Pot fi prezente cristale în cruce de Malta
D. Hiperlipemia apare ca o consecinţă a supraproducţiei de apoproteine
E. Are risc de sângerare datorită pierderii factorilor de coagulare prin urină

90. **În care dintre următoarele afecţiuni au fost descrise depuneri de Ig A la nivel mezangial:** (526)
A. Ciroză
B. Purpură Henoch
C. Boala celiacă
D. Lupus
E. Sindromul Goodpasture

91. **Referitor la patogeneza prin mecanisme imune NU sunt adevărate:** (516-517)
A. Boala Goodpasture prezintă anticorpi anti lanţ 3 al colagenului tip IV
B. Glomerulonefrita poststreptococică are la bază formarea complexelor imune in situ anti antigene endogene (nucleosomi)
C. Depunerea complexelor imune circulante este favorizată de presiunea scăzută din capilarele glomerulare
D. Complexele imune circulante de obicei trec membrana bazală glomerulară şi se depun la nivelul versantului subepitelial al membranei bazale
E. Complexele imune formate „in situ" se depun de obicei subendotelial sau în mezangiu

92. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la nefropatia Ig A sunt ADEVĂRATE:** (526-527)
A. Este frecvent primară
B. Este caracterizată printr-o depunere glomerulară de Ig A în mezangiu, vizibilă la imunofluorescenţă
C. De obicei se manifestă ca hematurie macroscopică apărută la 1-2 zile de la o infecţie respiratorie superioară

D. Complementemia este scăzută
E. Uleiul de peşte influenţează favorabil evoluţia bolii

93. **Glomerulonefrita membranoproliferativă este caracterizată din punct de vedere morfopatologic prin:** (544)
A. Tipul I prezintă depuneri mezangiale şi subendoteliale
B. Tipul II prezintă la imunofluorescenţă depozite de C3 fără imunoglobuline în lungul membranei bazale glomerulare
C. Tipul III prezintă depozite atât subendoteliale cât şi subepiteliale
D. În funcţie de localizarea depunerilor se împarte în 3 tipuri
E. Tipul II prezintă dedublarea pereţilor capilarelor glomerulare

94. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul glomerulopatiei cu leziuni minime sunt ADEVĂRATE:** (539)
A. Recăderile „steroid responsive" apar de maxim 3 ori pe an
B. Ciclofosfamida este recomandată la pacienţii cu recăderi frecvente
C. Ciclosporina este recomandată la pacienţii la care apar recăderi după tratamentul cu citostatice
D. Rituximab are efect favorabil
E. Recăderea la scurt timp după corticoterapie indică o formă „frequently relapsing" de boală

95. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la nefropatia Ig A sunt ADEVĂRATE:** (526-527)
A. Principalele modificări evidenţiate în microscopia optică sunt creşterea numărului de celule mezenchimale şi lărgirea matricei
B. Principalele modificări evidenţiate în microscopia optică sunt depozitele granulare de Ig A în mezangiu
C. 40% din pacienţi vor avea o evoluţie favorabilă
D. Factorii de prognostic nefavorabil sunt modificările sclerozante, proteinuria masivă şi prezenţa HTA sau insuficienţei renale acute în momentul diagnosticului
E. Pentru scorul de activitate şi severitate al bolii se foloseşte clasifiarea Oxford:

96. **Referitor la clasificarea glomerulonefritelor rapid progresive sunt ADEVĂRATE:** (529)
A. Sindromul Goodpasture asociază infecţii de tract respirator superior
B. Formele pauciimune sunt reprezentate de poliangeita microscopică, granulomatoza Wegener şi sindromul Churg-Strauss
C. Majoritatea sunt cauzate de complexe imune
D. Pot exista în acelaşi timp şi ANCA şi anticorpi anti membrană bazală glomerulară
E. Glomerulonefrita rapid progresivă se poate suprapune unei glomerulopatii membranare

97. **Tratamentul glomerulonefritei rapid progresive cuprinde:** (531)
A. Pulscorticoterapia cu metilprednisolon este terapia de bază
B. Plasmafereza este recomandată pentru îndepărtarea complexelor imune circulante
C. Ciclofosfamida se administrează în puls şi apoi oral timp de 2-4 săptămâni
D. Azatioprina este frecvent utilizată în terapia de inducţie a remisiunii
E. La pacienţii cu creatinină ridicată şi elemente de cronicitate la puncţia biopsie, şansele de recuperare renală sunt reduse

98. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la explorările paraclinice în glomerulonefrita poststreptococică NU sunt adevărate:** (525)
A. Complementul seric este normal
B. Rar pot apărea şi crioglobuline
C. Creatinina şi ureea sunt în general moderat crescute sau normale
D. Biopsia renală este indicată când argumentele bacteriologice şi serologice ale infecţiei streptococice lipsesc
E. Puncţia biopsie renală este indicată în caz de proteinurie masivă prelungită

99. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tipurile de leziuni din glomerulonefrite sunt ADEVĂRATE:** (520-521)
A. Proliferarea extracapilară este caracterizată prin formarea de „semilune" secundare creşterii numărului de celule în interiorul capsulei Bowman
B. Depunerile subepiteliale sunt localizate între membrana bazală şi celulele parietale ale capsulei Bowman
C. Depozitele granulare vizibile prin imunofluorescenţă sunt alcătuite de obicei din anticorpi antimembrană bazală glomerulară
D. Leziunile globale sunt leziunile ce interesează peste 50% din glomeruli
E. Leziunile segmentare sunt leziunile limitate la anumite anse

100. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la mecanismele neimunologice ale leziunilor glomerulare NU sunt adevărate:** (519)
A. Nodulii Kimmelstiel-Wilson apar în HTA
B. În sindromul Alport apar mutaţii pe genele care codifică lanţul 3 al colagenului IV
C. În diabetul zaharat SRAA contribuie la hipertensiunea intraglomerulară
D. Creşterea producţiei de amiloid AA este unul din mecanismele din nefropatia diabetică
E. În boala Fabry se produce acumularea unei glicopeptide

101. **La imunofluorescenţă în glomerulonefrita rapid progresivă NU se evidenţiază:** (530)
A. Depozite liniare în general de Ig M
B. Depuneri granulare de Ig G sau Ig M alături de C3
C. În glomerulonefritele pauciimune se observă depunerea ANCA
D. Depozitele IgG liniare se obsevă în sindromul Goodpasture
E. În glomerulonefritele pauciimune pot fi prezente depozite de C3

102. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la patogeneza glomerulonefritei rapid progresive sunt ADEVĂRATE:** (529)
   A. Formele pauciimune sunt însoţite de anticorpi anti membrană bazală glomerulară
   B. În glomerulonefrita rapid progresivă dată de complexe imune circulante, complementemia este scăzută
   C. Complexele imune circulante se pot depune subendotelial sau în mezangiu
   D. În forma cu anticorpi anti membrană bazală glomerulară 90% au anticorpii prezenţi în sânge
   E. ANCA contribuie direct la leziunile necrotizante ale capilarelor glomerulare

103. **Referitor la glomerulopatia cu modificări minime sunt ADEVĂRATE:** (538)
   A. La microscopia optică se evidenţiază leziuni de glomeruloscleroză
   B. La imunofluorescenţă se observă depozite de Ig G
   C. Se exprimă clinic prin proteinurie masivă
   D. Debutul este frecvent brusc, după o infecţie respiratorie superioară
   E. La copii fiind mai frecventă forma primară este necesară biopsia renală

104. **Referitor la categoriile de risc în glomerulopatia membranoasă sunt ADEVĂRATE:** (544)
   A. Risc moderat semnifică funcţie renală persistent bună şi proteinurie subnefrotică
   B. Risc scăzut semnifică funcţie renală persistent bună şi proteinurie subnefrotică
   C. Risc crescut semnifică proteinurie masivă, funcţie renală uşor sau moderat alterată, HTA
   D. Risc moderat semnifică proteinurie masivă, funcţie renală uşor sau moderat alterată, HTA
   E. Risc crescut semnifică funcţie renală persistent bună şi proteinurie subnefrotică

105. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul glomerulonefritei poststreptococice sunt ADEVĂRATE:** (525)
   A. Antibioterapia precoce a infecţiei streptococice cu penicilină poate preveni apariţia glomerulopatiei
   B. Terapia imunosupresoare este indicată la pacienţii cu proliferare extracapilară
   C. Terapia edemelor se face cel mai frecvent cu IECA şi furosemid
   D. Tratamentul antihipertensiv se face injectabil în encefalopatia hipertensivă
   E. Repausul la pat este recomandat la pacienţii cu HTA importantă, hematurie macroscopică sau edeme masive

106. **Cauze de hematurie postglomerulară sunt:** (523)
   A. Litiaza renourinară
   B. Uretrita gonococică
   C. Neoplazii
   D. Tromboza venoasă renală
   E. Hipercalciuria

107. **Pentru originea glomerulară a hematuriei pledează:** (523)
   A. Apariţia hematuriei concomitent cu o gastroenterită
   B. Combinaţia hematurie şi proteinurie peste 2-3 g/24 ore
   C. Asocierea hematuriei cu surditatea şi tulburările oculare în boala Fabry
   D. Urină cu aspect de „coca cola"
   E. Prezenţa cilindrilor hematici

108. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la cistita cronică NU sunt adevărate:** (562)
   A. Are aceeaşi agenţi etiologici ca cistita acută
   B. Poate fi cauzată şi de bacilul *Koch*
   C. Adenomul de prostată este un factor favorizant
   D. La examenul sumar de urină se evidenţiază bacteriurie semnificativă, proteinurie, leucociturie
   E. În puseu terapia durează 7-14 zile

109. **Care dintre următoarele sunt complicaţii acute ale PNA:** (553)
   A. Pionefroza
   B. Boala cronică de rinichi
   C. Pielonefrita cronică
   D. Necroza papilară
   E. Flegmon perinefretic

110. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la clinica PNA NU sunt adevărate:** (551)
   A. Debutul este brusc prin polakiurie, micţiuni frecvente şi imperioase, durere suprapubiană şi subfebrilitate
   B. Durerea lombară poate fi absentă la pacienţii cu etilism cronic
   C. Propagarea ascendentă este sugerată de prezenţa sindromului cistic înaintea debutului PNA
   D. Se insoţeşte de manifestări digestive: frecvent un tablou diareic şi pe plan secund greţuri şi vărsături
   E. Lombalgia este frecvent de tip colicativ

111. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la NTI acute infecţioase asociate cu infecţii sistemice sunt ADEVĂRATE:** (549-550)
   A. Infecţia cu *Hantavirus* se transmite de la rozătoare
   B. Infecţia HIV determină rar NIA
   C. Leptospiroza determină în special NIA şi se transmite prin contact cu urina animalelor purtătoare, care contaminează solul şi apa
   D. Examenul de urină relevă proteinurie, sediment urinar cu leucociturie, eozinofilurie şi hematurie
   E. Proteinura depăşeşte de obicei 1g/24 ore, dar nu ajunge la rang nefrotic

112. **Care dintre următoarele sunt situații clinice în care bacteriuria între 10^2-10^5 UFC/mL atestă ITU:** (551)
   A. Bacteriuria peste 10^4 UFC/mL la pacient cu simptome de PNA
   B. Bacteriuria peste 10^3 UFC/mL asociată cu simptome acute de ITU la femeie
   C. Bacteriuria peste 10^4 UFC/mL asociată cu simptome acute de ITU la bărbați
   D. Bacteriuria peste 10^2 UFC/ml asociată cu simptome acute de ITU la femei
   E. Bacteriuria peste 10^3 UFC/ml asociată cu simptome acute de ITU la bărbați

113. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul PNA sunt ADEVĂRATE:** (554)
   A. La femeia gravidă se poate efectua tratamentul cu cefalosporine
   B. La pacientul cu BCR și eRFG sub 30ml/min se reduce doza de antibiotic, cu prelungirea perioadei de tratament la 10-14 zile
   C. În formele ușoare și moderate se recomandă tratament per os cu o chinolonă sau cefalosporină de generația 3 timp de 7-10 zile
   D. În formele cu intoleranță digestivă se recomandă asocierea aminopenicilinelor cu chinolone până la remiterea bolii
   E. Persistența uroculturii pozitive impune creșterea dozelor de antibiotic și necesită efectuarea unor explorări imagistice pentru depistarea unor factori favorizanți

114. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul PNC sunt ADEVĂRATE:** (557-558)
   A. Antibioterapia de scurtă durată (7-14 zile) este recomandată în acutizări
   B. Antibioterapia de lungă durată (6 săptămâni-6 luni) este recomandată în ITU recurente
   C. Disfuncția tubulară face dificilă obținerea unei concentrații urinare bactericide
   D. Pot fi utilizate macrolidele cu adaptarea dozelor la eRFG
   E. În hiponatremie se administrează sare de bucătărie

115. **Complicațiile PNC sunt:** (557)
   A. HTA la 1/3 din cazuri cu PNC avansată
   B. Pielonefrita xantogranulomatoasă
   C. GSFS la pacienții cu RVU
   D. Pionefroza (în prezența nefropatiei obstructive)
   E. Flegmonul perinefretic

116. **Tratamentul RVU include:** (560)
   A. La nou născut este indicat biseptolul
   B. La adult se pot administra chinolone
   C. La gravide cu ITU se administrează pe toată durata sarcinii cefalosporine de generația 3
   D. Reimplantarea ureterală nu se mai practică pe scară largă
   E. Se indică menținerea TA sub 130/80 mmHg

117. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la simptomatologia RVU sunt ADEVĂRATE:** (558-559)
   A. La adult se manifestă prin HTA și dureri lombare când vezica urinară este plină, accentuate la debutul micțiunii
   B. Febra este un semn clinic important la orice vârstă și sugerează un episod de PNA
   C. La copiii sub 3 ani predomină semnele generale
   D. La copiii peste 3 ani predomină semnele urinare: disurie, piurie, enurezis nocturn
   E. La copiii mari se evidențiază proteinurie, HTA ușoară, reducerea progresivă a RFG, cu instalarea BCR

118. **Screeningul RVU este indicat la următoarele grupe de subiecți:** (559)
   A. Copii cu hipospadias
   B. Copii cu bazinet dublu
   C. Copii cu rinichi supranumerar
   D. Familii cu un membru cu HTA la vârstă tânără
   E. Copii cu duplicitate ureterală

119. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la datele paraclinice din PNC sunt ADEVĂRATE:** (556)
   A. Urocultura pozitivă este prezentă constant
   B. Cilindrii leucocitari apar frecvent și atestă originea renală a leucocituriei
   C. În cazul asocierii cu GSFS proteinuria poate depăși 3.5g/24 zi
   D. Poate fi întâlnită acidoza hipercloremică și hiperpotasemia
   E. Osmolaritatea urinară este peste 500 mOsm și densitatea urinară peste 1022

120. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la prostatite NU sunt adevărate:** (561)
   A. Prostatita acută prezintă durere perineală sau lombară intermitentă, micțiuni dificile și hemospermie
   B. În prostatita acută PSA poate fi crescut, dar scade imediat după inițierea antibioticului
   C. Persistența PSA impune ecografie transrectală repetată, eventual biopsie
   D. Cei mai frecvenți agenți etiologici sunt: *E.Coli, Klebsiella,* Piocianicul, Enterococul
   E. Prostatita cronică se poate asocia cu epididimită acută

121. **Simptomatologia acidozei respiratorii NU include:** (572-573)
   A. Pot apărea crize de tetanie
   B. Poate apărea edemul cerebral
   C. Poate duce la stop respirator
   D. Tahicardie, HTA vasodilatație
   E. Se manifestă prin hiperventilație

122. **Simptomatologia alcalozei metabolice inlude:** (573)
   A. Hiperventilaţie
   B. Ileus dinamic
   C. Febră inexplicabilă
   D. Convulsii
   E. Edem cerebral

123. **Simptomatologia acidozei metabolice include:** (572)
   A. Respiraţie Kussmaul
   B. Convulsii
   C. Tetanie
   D. Parestezii
   E. Reducerea tensiunii arteriale diastolice

124. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la cauzele de tulburări acido-bazice sunt ADEVĂRATE:** (569)
   A. Pierderea de bicarbonat prin urină duce la acidoză metabolică
   B. Excreţia exagerată de acizi duce la acidoză metabolică
   C. Obstrucţia căilor aeriene duce la acidoză respiratorie
   D. Salicilaţii produc alcaloză respiratorie
   E. Hipoxia produce creşterea ventilaţiei alveolare şi produce acidoză respiratorie

125. **Acidoza cu GA normală şi hiperpotasemie apare în:** (570)
   A. Acidoză tubulară renală distală hipercalcemică
   B. Administrarea de HCl
   C. Acidoză tubuară renală distală hipocalcemică
   D. Administrarea de inhibitori de anhidrază carbonică
   E. Post hipocapnie

126. **Acidoza metabolică cu gaură anionică crescută apare în:** (571)
   A. Paraproteinemii
   B. Hiponatremie
   C. Cetoacidoză
   D. Insuficienţă renală
   E. Intoxicaţie cu etanol

127. **Legile fizico-chimice ale echilibrului acido-bazic şi hidroelectrolitic sunt următoarele cu EXCEPŢIA:** (569)
   A. Legea electronegativităţii: suma sarcinilor pozitive trebuie sa fie mai mică decât suma sarcinilor negative
   B. Legea isoosmolarităţii: în fluidele corpului între care este vehiculată apa, osmolaritatea trebuie să fie aceeaşi
   C. Organismul tinde să reinstaleze mereu pH-ul normal
   D. Legea electropozitivităţii: suma sarcinilor pozitive trebuie să fie superioară suma sarcinilor negative
   E. Legile electronegativităţii şi isoosmolarităţii interferă dacă există membrane semipermeabile

128. **Tratamentul alcalozei metabolice include:** (573-574)
   A. În forma fără răspuns la administrarea de clor se recomandă spironolactona
   B. Hiperventilaţie mecanică
   C. Administrarea de acizi este rar necesară (0.1 mol/l HCl în venă periferică)
   D. La pacienţii cu bicarbonatemie sub 40 mEq/l şi insuficienţă renală se recomandă epurarea extrarenală
   E. Evitarea excesului de alimente alcalinizante

129. **Consecinţele alcalozei sunt:** (572)
   A. Hiperexcitabilitatea sistemului nervos central
   B. Depresia sistemului nervos central
   C. Hiperventilaţie
   D. Devierea la dreapta a curbei de disociere a oxihemoglobinei
   E. Hipopotasemie

130. **Referitor la tulburările acido-bazice sunt ADEVĂRATE:** (567-573)
   A. Compensarea respiratorie a alcalozei metabolice este inferioară acidozei metabolice
   B. În acidoza respiratorie acută HCO_3^- plasmatic scade cu 2.5 mEq/l pentru fiecare scădere a pCO2 cu 10mmHg
   C. În acidoza respiratorie cronică $HCO3^-$ plasmatic scade cu 5 mEq/l pentru fiecare scădere a pCO2 cu 10 mmHg
   D. GA= $[Na^+ + K^+] - [Cl^- + HCO_3^-]$
   E. Excesul de baze reprezintă valoarea la care s-ar ridica bazele tampon dacă nu ar exista tulburarea acidobazică

131. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la deshidratare NU sunt adevărate:** (578)
   A. În cazul reducerii volumului plasmatic scade elasticitatea tegumentelor, globii oculari devin hipotoni, membranele şi tegumentele sunt uscate
   B. În cazul reducerii volumului interstiţial apare hipotensiunea
   C. Deshidratarea uşoară se caracterizează printr-un deficit de apă de 5% din greutatea corporală manifestat prin sete şi adinamie
   D. În deshidratarea severă apar halucinaţii şi delir
   E. Deshidratarea severă se caracterizează printr-un deficit de apă de 6-10% din greutatea corporală

132. **Tratamentul hiponatremiei cu euvolemie cuprinde:** (583)
   A. Restricţia de apă până la 400 ml/zi
   B. Demeclociclina
   C. Diuretice de ansă
   D. În cazul suspiciunii de insuficienţă corticosuprarenaliană se administrează ser fiziologic sau soluţii macromoleculare, hemisuccinat de hidrocortizon şi se va efectua testul cu tetracosactide
   E. Desmopresină

133. **Simptomatologia hipopotasemiei cuprinde:** (585)
   A. Tahicardie, extrasistole, modificări ECG
   B. Nefropatia kaliopenică
   C. Acidoză metabolică
   D. Pareză flască
   E. Ileus paralitic

134. **Etiologia hipernatremiei cuprinde:** (583-584)
   A. Perfuzii hipotone administrate în exces
   B. Corticoterapia
   C. Ventilaţie mecanică cu aer neumidificat
   D. Plăgi masive deschise
   E. Tratament diuretic

135. **Simptomele hiponatremiei NU cuprind:** (581)
   A. La Na^+>120 mmol/l pacientul este asimptomatic
   B. La Na^+ cuprins între 115-125 mmol/l apare anorexia, greaţa, vărsăturile
   C. La Na^+ <115 mmol/l apar convulsiile, coma, bradicardia, insuficienţa respiratorie
   D. La Na^+ 125-130 mmol/l pacientul prezintă agitaţie, mialgii, hipoventilaţie
   E. La Na^+ <115 mmol/l apar halucinaţiile, incontinenţa, somnolenţa şi confuzia

136. **Referitor la osmolalitatea plasmatică în hiponatremie sunt ADEVĂRATE următoarele:** (581)
   A. Este crescută în hiperglicemie şi uremie
   B. Este normală în hiperlipidemie şi hiperproteinemie
   C. Este scăzută în irigarea tractului genitourinar cu glicină
   D. Este scăzută dacă este mai mică de 300 mOsm/kg H_2O
   E. Este crescută dacă este mai mare de 295 mOsm/kg H_2O

137. **Etiologia hiperpotasemiei cuprinde:** (585-586)
   A. Creşterea catabolismului endogen: diabet zaharat
   B. Insuficienţă renală de orice etiologie şi durată dacă eRFG este sub 15ml/min
   C. Reperfuzia unui ţesut ischemiat
   D. Sindromul Cushing
   E. Tratament cu agonişti β_2 adrenergici

138. **Care dintre următoarele manifestări ECG sunt prezente în hiperpotasemie:** (587)
   A. Unda P este absentă la o potasemie cuprinsă între 6-7 mmol/l
   B. QRS este lărgit la o potasemie cuprinsă între 8-10 mmol/l
   C. Unda T dispare la o potasemie cuprinsă între 8-10 mmol/l
   D. La pacienţii cu pacemaker primul semn al hiperpotasemiei este disocierea ritmului stimul contracţie
   E. Asistolia poate apărea la o potasemie peste 10 mmol/l

139. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la clasificarea hipernatremiei sunt ADEVĂRATE:** (584)
   A. Hipernatremia hipovolemică apare în diabetul insipid
   B. Hipernatremia hipervolemică este de obicei iatrogenă
   C. Hipernatremia izovolemică apare în pierderi hipotone incorect compensate
   D. Hipernatremia hipovolemică apare în ciroza hepatică
   E. Hipernatremia hipervolemică este o hipernatremie de diluţie şi apare în insuficienţa cardiacă

140. **Referitor la echilibrul hidro-electrolitic sunt ADEVĂRATE:** (575-576)
   A. Tonicitatea se referă la efectul exercitat de către presiunea osmotică a unei soluţii asupra volumului celular
   B. Osmolalitatea unei soluţii este determinată de concentraţia totală a particulelor dizolvate sau coloide din substanţa respectivă
   C. Osmolalitatea mai este numită şi osmolaritate
   D. Compartimentul intracelular cuprinde 1/3 din cantitatea totală de apă
   E. Gapul osmolar este diferenţa dintre valorile măsurate şi calculate ale osmlolalităţii serice

IX. PEDIATRIE

Complement simplu:

1. **Etiologia crizelor epileptice în perioada antenatală este reprezentată de următoarele, CU EXCEPŢIA**: (2)
   A. Malformaţiile cortexului cerebral
   B. Infecţiile intrauterine ale sistemului nervos central
   C. Encefalopatia hipoxic-ischemică
   D. Anomaliile cromozomiale
   E. Neurofibromatoza tip I

2. **Care din următoarele afirmaţii este FALSĂ?** (4)
   A. În crizele epileptice generalizate, conştienţa este tulburată
   B. Crizele mioclonice pot fi însoţite de pierderea conştienţei
   C. Crizele tonice se caracterizează printr-o contracţie musculară susţinută, însoţită de pierderea cunoştinţei
   D. Crizele atonice pot avea durata de câteva secunde şi se caracterizează prin pierderea bruscă a conştienţei
   E. Absenţele atipice sunt reprezentate de suspendarea bruscă a conştienţei, cu durată de 5-30 de secunde

3. **Referitor la spasmele epileptice, care din următoarele afirmaţii este ADEVĂRATĂ?** (4)
   A. Sunt contracţii musculare masive şi globale cu predominanţă axială
   B. Sunt în general unilaterale şi asimetrice ale muşchilor gâtului, trunchiului şi extremităţilor
   C. Tipic, spasmele epileptice sunt „în extensie" şi pot reprezenta unicul tip de convulsie
   D. Spasmele „în flexie" determină flexia bruscă a capului, trunchiului şi braţelor, cu flexia gambelor, sau mai rar extensia gambelor şi flexia braţelor
   E. Sunt întâlnite în epilepsiile generalizate idiopatice: EMJ, EAJ, EAC

4. **Manifestările epileptice în perioada neonatală pot fi, CU EXCEPŢIA**: (6)
   A. Piridoxinodependenţa
   B. Hipocalcemia neonatală
   C. Encefalopatia mioclonică precoce
   D. Epilepsia mioclonică severă
   E. Encefalopatia epileptică infantilă precoce

5. **Care din următoarele enunţuri referitoare la statusul epileptic (SE) NU este adevărat?** (13)
   A. Este definit de OMS ca fiind „o criză de epilepsie care se repetă la intervale scurte de timp, pentru a crea o condiţie epileptică fixă şi durabilă"
   B. Factor precipitant al SE poate fi sevrajul absolut sau relativ al MAE
   C. SE poate fi non-convulsiv sau convulsiv
   D. SE non-convulsiv se clasifică în funcţie de modificările EEG înregistrate ictal
   E. SE convulsiv se clasifică în: SE tip absenţă şi SE parţial complex

6. **Despre tratamentul cronic cu medicamente antiepileptice (MAE) putem afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:** (14)
   A. Are drept scop obținerea controlului complet al crizelor cu efecte secundare minime
   B. Alegerea MAE depinde de tipul de criză generalizată sau focală
   C. Interacțiunea între diferite MAE este recomandată (ideal dublă terapie)
   D. Durata tratamentului este determinată de tipul sindromului epileptic
   E. Doza corectă de MAE este cea mai mică doză care asigură controlul crizelor fără apariția efectelor adverse

7. **Următoarea afirmație referitoare la titrul anticorpilor anti streptolizina O (ASLO) NU este adevărată:** (20)
   A. Se recomandă pentru depistarea infecțiilor streptococice și pentru urmărirea evoluției în timp a acestor boli
   B. Titrul crește la 80% dintre bolnavi
   C. „Peak" -ul seric este atins după 2-3 săptămâni de la debut
   D. Revenirea la normal a valorilor ASLO nu indică o vindecare
   E. In dinamică titrul ASLO crește de 2-4 ori fața de nivelul bazal

8. **Care afirmație este ADEVĂRATĂ pentru diagnosticul anginei acute streptococice?** (20)
   A. Cultura faringiană este un standard de aur perfect pentru diagnostic
   B. Testul rapid de diagnostic (RADT) are specificitate scăzută pentru Streptococul beta hemolitic grup A (GABHS)
   C. Dacă RADT este pozitiv, cultura se face pentru a confirma infecția
   D. Dacă RADT este negativ, cultura nu se mai face și se indică tratament antibiotic
   E. Dacă infecția este autentică, proteina C-reactivă va fi pozitivă

9. **În laringita acută edematoasă subglotică, copilul NU prezintă**: (23)
   A. Tuse lătrătoare
   B. Stridor inspirator
   C. Dispnee inspiratorie
   D. Ptialism
   E. Tiraj suprasternal și supraclavicular

10. **Referitor la diagnosticul laringitei acute supraglotice, NU putem afirma: (25)**
   A. Examenul local al faringelui vizualizează o epiglotă edematiată, roșie, zmeurie
   B. Examenul cu spatulă și laringoscopia se vor efectua într-un serviciu de specialitate, deoarece se poate produce un reflex vagal, cu riscul unui stop cardio-respirator
   C. Radiografia latero-cervicală poate evidenția îngustarea supraglotică, semnul „turlei gotice"
   D. Hemocultură pozitivă pentru *Haemophilus influenzae* în peste 90% din cazuri
   E. Se evidențiază o leucocitoză de 15-25.000/mm^3 cu neutrofilie marcată

11. **Care este agentul bacterian frecvent regăsit după vârsta de 5 ani la pacienţii cu otite medii?** (28)
    A. Steptococcus pneumoniae
    B. *Haemophilus influenzae*
    C. *Moraxella catarrhalis*
    D. *Staphylococcus aures*
    E. *Pseudomonas aeruginosa*

12. **Referitor la formele clinice ale otitei medii acute (OMA) putem afirma următoarele, CU EXCEPŢIA**: (30)
    A. OMA catarală este o consecinţă a inflamaţiei, care apare secundar blocajului trompei lui Eustachio
    B. La examenul otoscopic în OMA supurată se relevă timpanul edemaţiat care bombează gaura de perforare
    C. Otita acută recurentă este definită prin 3 episoade de OMA în decurs de 6 luni
    D. Simptomul principal din OMA supurată este otalgia violentă, care este exagerată de deglutiţie şi masticaţie
    E. Otomastoidita - formă manifestă apare mai ales la sugarii malnutriţi, prematuri şi la cei cu deficite imune

13. **Care din următoarele enunţuri cu privire la alimentaţia naturală NU este adevărat?** (36)
    A. Alimentaţia naturală este alimentaţia cu lapte matern a nou-născutului şi sugarului în primele 6 luni de viaţă
    B. Compoziţia laptelui uman depinde de stadiul lactaţiei
    C. Colostrul se secretă în primele 5 zile după naştere, este bogat în vitamine liposolubile şi imunoglobuline, cu o valoare calorică de 690 cal/l
    D. Laptele de tranziţie se secretă între zilele 6-10 şi are o compoziţie în permanentă modificare biochimică şi imunologică
    E. Laptele uman matur are o compoziţie constantă pe tot parcursul perioadei de lactaţie

14. **Următorii sunt modulatori de creştere prezenţi în laptele uman matur, CU EXCEPŢIA:** (36)
    A. Factorul *bifidum*
    B. Sulfhidroxilaza
    C. Taurina
    D. Alfa-amilaza
    E. Factorul de stimulare a limfocitelor B

15. **Factorii favorizanţi ai malnutriţiei pot fi, CU EXCEPŢIA**: (42)
    A. Prematuritatea
    B. Gemelaritatea
    C. Afecţiunile neurologice cronice (paralizii cerebrale)
    D. Sarcina multiplă
    E. Retardul de creştere intrauterină

16. **Modalitatea prin care NU poate să apară un deficit calitativ în producerea malnutriţiei este:** (41)
   A. Diversificarea precoce sau tardivă în raport cu vârsta cronologică a sugarului
   B. Aportul insuficient de lapte praf
   C. Formulele de lapte neadecvate necesarului caloric şi nutriţional al sugarului
   D. Alimentaţia prelungită şi exclusivă a sugarului cu lapte de vacă
   E. Regimurile vegetariene

17. **Care este indicele antropometric cel mai vechi şi utilizat pentru aprecierea stării de nutriţie?** (43)
   A. Indicele nutriţional (IN)
   B. Indicele statural (IS)
   C. Circumferinţa braţului
   D. Indicele ponderal (IP)
   E. Pliul cutanat tricipital şi pliul cutanat subscapular

18. **Vitamina D_3– colecalciferol NU se caracterizează prin :** (49)
   A. Este un compus sterolic
   B. Este prezentă în alimentele de origine animală
   C. Este sintetizată în derm sub acţiunea razelor solare
   D. Se poate găsi în cantităţi mici în alimente vegetale
   E. Este transformată la nivelul tegumentului sub acţiunea razelor UVB solare din provitamina D

19. **Referitor la hipervitaminoza D, următoarea afirmaţie NU este adevărată**: (52)
   A. Poate fi o complicaţie accidentală sau iatrogenă a tratamentului cu vitamina D
   B. Semnele clinice constau în: inapetenţă, vărsături, anorexie, polidipsie, poliurie
   C. Calcemia >10,5 mg/dl şi concentraţia serică de 25 (OH) D crescută
   D. Absenţa eliminării calciului prin urină
   E. Pot sa apară calcificări renale şi osteoscleroză

20. **Particularităţile paraclinice ale anemiei feriprive sunt următoarele, CU EXCEPŢIA**: (55)
   A. Hipocromă
   B. Microcitară
   C. Hiposideremică
   D. HEM crescută
   E. CHEM scăzută

21. **În anemia feriprivă, răspunsul la tratamentul cu fier NU se evidenţiază prin**: (60)
   A. În prima zi are loc refacerea enzimelor tisulare
   B. În a doua zi este iniţiat răspunsul medular
   C. Din a 3-a zi până la sfârşitul primei luni apare răspunsul reticulocitar
   D. Valoarea hemoglobinei creşte progresiv şi se normalizează într-o lună
   E. Depozitele de fier se normalizează după 3-6 luni

22. **Căile majore de transmitere a infecţiilor perinatale sunt următoarele, CU EXCEPŢIA**: (61)
    A. Infecţii hematogene transplacentare
    B. Infecţii de la alţi indivizi infectaţi
    C. Infecţii ascendente (infecţii transcervicale)
    D. Infecţia fătului în momentul naşterii (infecţii intranatale)
    E. Infecţii postnatale, de la mamă

23. **Referitor la testele care evidenţiază în mod direct microorganismul în infecţia congenitală cu *Treponema pallidum*, următoarea afirmaţie NU este adevărată**: (70)
    A. Testul RIT (Rabbit Infectivity Test) este cel mai sensibil
    B. Microscopia în câmp întunecat este singurul test pentru evidenţierea treponemelor viabile
    C. Treponemele pot fi identificate prin testul direct al anticorpilor fluorescenţi anti-*Treponema pallidum* (DFA-TP)
    D. Testul absorbţiei anticorpilor fluorescenţi antitreponemici (FTA-ABS) poate detecta anticorpi de tip IgG sau IgM
    E. Treponemele din probele tisulare pot fi vizualizate prin coloraţie argentică

24. **Tratamentul toxoplasmozei congenitale asociază**: (72)
    A. Spiramicina şi acid folic
    B. Penicilină G şi acid folic
    C. Aciclovir şi ganciclovir
    D. Valganciclovir şi ganciclovir
    E. Primctamina şi sulfdiazina

25. **TORCH reprezintă iniţialele pentru următoarele, CU EXCEPŢIA**: (61)
    A. T- *Treponema pallidum*
    B. O- Others
    C. R- Rubeolă
    D. C- Citomegalovirus
    E. H- Herpes simplex

Complement multiplu:

26. **În perioada perinatală, principalele cauze de crize epileptice sunt**: (2)
    A. Encefalopatia hipoxic-ischemică
    B. Hemoragiile intracraniene
    C. Malformaţiile cortexului cerebral
    D. Neuroinfecţiile
    E. Disfuncţiile metabolice tranzitorii

27. **În funcţie de aspectul electro-clinic şi în relaţie cu etiologia, ILAE clasifică crizele epileptice în**: (2)
    A. Crize epileptice benigne
    B. Crize generalizate
    C. Crize epileptice maligne

D. Crize focale însoţite sau nu de modificarea stării de conştientă
E. Crize epileptice neclasificabile

28. **Traseul EEG în cadrul crizelor epileptice se caracterizează prin, CU EXCEPŢIA:** (3-4)
A. În crizele mioclonice, evidenţiază descărcări generalizate de polivârf-undă, sincrone cu secusele musculare
B. În crizele clonice, înregistrează descărcări vârf-undă şi polivârf-undă neregulate
C. În absenţele tipice, are aspect heterogen, evidenţiindu-se descărcări de complexe vârf-undă (CVU) neregulate, cu debut şi sfârşit lent pe traseu de fond anormal
D. În absenţele atipice, evidenţiază paroxisme de CVU, generalizate, sincrone şi simetrice cu debut şi sfârşit brusc pe traseu de fond normal
E. În spasmele epileptice, EEG intercritic înregistrează aspect de hipsaritmie clasică

29. **Alegeţi afirmaţiile ADEVĂRATE**: (3-4)
A. La copil, crizele tonice axiale sunt întâlnite în sindromul Lennox-Gastaut (SLG), fiind obligatorii pentru diagnostic
B. Crizele tonico-clonice pot fi prezente la copil în cadrul epilepsiei generalizate cu crize tonico-clonice de trezire, EAC, EAJ, EMJ, SLG
C. Absenţele tipice sunt întâlnite în epilepsiile generalizate simptomatice, SLG
D. Absenţele atipice sunt întâlnite în epilepsiile generalizate idiopatice (EAC, EAJ)
E. Spasmele epileptice nu sunt întâlnite în sindromul West

30. **Crizele parţiale simple pot fi cu**: (5)
A. Semiologie motorie
B. Simptome somato-senzoriale sau senzoriale speciale
C. Simptome vegetative
D. Simptome psihice
E. Pierderea conştienţei

31. **Manifestările epileptice cu debut în perioada 1 luna - 3 ani pot fi, CU EXCEPŢIA:** (7)
A. Epilepsia mioclonică severă
B. Piridoxinodependenţa
C. Epilepsia mioclonică benignă a sugarului
D. Encefalopatia mioclonică precoce
E. Sindromul West

32. **Selectaţi sindroamele care fac parte din termenul de encefalopatie dependentă de vârstă**: (6)
A. Sindromul Dravet
B. Sindromul Aicardi
C. Sindromul Ohtahara
D. Sindromul West

E. Sindromul Lennox-Gastaut

33. **Referitor la manifestările epileptice în perioada neonatală, care dintre următoarele enunţuri NU sunt adevărate?** (5-6)
   A. Hipocalcemia neonatală se caracterizează prin crize focale sau multifocale care se repetă la un nou-născut conştient şi hiperactiv
   B. Manifestările clinice din hipoglicemia neonatală sunt nespecifice şi includ: hiperexcitabilitate, tremurături, apnee, cianoză
   C. Crizele neonatale familiale benigne (sindromul convulsiilor din ziua a 5-a) debutează în absenţa oricărei perturbări metabolice sau neurologice
   D. În sindromul Aicardi, prognosticul este favorabil
   E. Aspectul EEG de „suppression burst" se întâlneşte în sindromul Aicardi şi în sidromul Ohtahara

34. **Care dintre următoarele afimaţii sunt specifice sindromul West (SW)?** (7)
   A. Este cea mai frecventă şi mai bine cunoscută encefalopatie epileptică infantilă
   B. Prognosticul în forma simptomatică este favorabil
   C. În formele idiopatice prognosticul este sever
   D. Forma idiopatică debutează la un copil normal neurologic până în acel moment şi la care nu sunt demonstrabili factorii etiologici şi nici leziuni cerebrale neuroimagistice
   E. Forma simptomatică poate avea cauze multiple, fiind considerată un răspuns al creierului imatur la diferite tipuri de leziuni

35. **Sindromul West se caracterizează prin triada**: (7)
   A. Simptome somato-senzoriale sau senzoriale speciale
   B. Spasme epileptice în flexie/extensie sau asimetrice
   C. Hipsaritmie (sau variante)
   D. Oprire sau regres în dezvoltarea neuropsihomotorie
   E. Crize: mioclonice, absenţe tipice şi tonico-clonice

36. **Despre sindromul Lennox-Gastaut, NU se poate afirma**: (7)
   A. Face parte din manifestările epileptice cu debut în perioada neonatală
   B. Este o encefalopatie epileptică, caracterizată de crize epileptice polimorfe generalizate (tonice, atone, absenţe atipice)
   C. EEG este reprezentat de vârfuri-unde lente difuze în timpul somnului lent
   D. Are o etiologie variată, cu numeroşi factori implicaţi precum: EHI, boli metabolice
   E. Prognosticul este favorabil

37. **Principalii factori de risc pentru un prognostic grav în sindromul Lennox-Gastaut sunt**: (8)
   A. Caracterul simptomatic al sindromului
   B. Debut precoce sub 3 ani
   C. Frecvenţa crescută a crizelor
   D. Absenţa statusului epileptic
   E. Durata prelungită a perioadelor de agravare

38. **Referitor la convulsiile febrile simple sau benigne putem afirma următoarele:** (8)
   A. Apar între 6 luni-5 ani, la creşterea bruscă a temperaturii peste 38,5 °C
   B. Durata episodului este mai mare de 15 minute
   C. Se repetă de obicei în decursul unei zile
   D. Se manifestă prin crize tonico-clonice bilaterale, mai rar tonice sau hipotonice
   E. Pot fi urmate de deficit postcritic

39. **Selectaţi enunţurile FALSE referitoare la epilepsia benignă a copilului cu vârfuri centro-temporale**: (8)
   A. Etiologia este genetică, anamneza familială pozitivă pentru acelaşi tip de crize
   B. Crizele debutează între 3-13 ani, mai ales la băieţi
   C. Clinic, în 70-80% din cazuri sunt prezente crize focale de tip senzitivo motor
   D. Rar sunt prezente crize focale de tip motor (hemifaciale, faciobrahiale, hemiconvulsive)
   E. EEG înregistrează descărcări de vârfuri/unde ascuţite bifazice sau trifazice de amplitudine mare, în regiunea centro-temporală

40. **Selectaţi sindroamele epileptice juvenile:** (9)
   A. Epilepsia benignă a copilului
   B. Epilepsia absenţă a copilului
   C. Epilepsia mioclonică juvenilă
   D. Epilepsia absenţă juvenilă
   E. Epilepsia cu crize generalizate tonico-clonice de trezire (EGCTCT)

41. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la spasmul hohotului de plâns NU sunt adevărate?** (11)
   A. Se întâlneşte la copiii sub vârsta de 5 ani
   B. Formele cianotice numite şi crize anoxice reflexe sunt mai puţin frecvente
   C. Formele palide sunt constant provocate de frică, durere, frustrare
   D. Traseul EEG este normal
   E. Prognosticul este bun

42. **Manifestările paroxistice nonepileptice de somn (crizele hipnice) pot fi:** (12)
   A. Enurezis nocturn
   B. Automatisme verbale nocturne
   C. Sindromul „sleep-apnea"
   D. REM behaviour disorders
   E. Atacuri ischemice tranzitorii

43. **Sincopa este caracterizată prin**: (11)
   A. Pierdere tranzitorie a conştienţei şi tonusului muscular
   B. Este consecinţa unei insuficienţe pasagere a irigaţiei cerebrale
   C. Apare întotdeauna ziua, aproape constant în ortostatism fiind precedată de senzaţii sugestive ca: slăbiciune, greaţă, jenă epigastrică, vedere înceţoşată

D. Pierderea tonusului muscular este progresivă, căderea fiind bruscă, rareori poate fi lentă
E. Traseul EEG este reprezentat de vârfuri-unde lente difuze în timpul căderii lente, obişnuit asincrone şi descărcări de polivârfuri şi ritmuri rapide bilaterale şi sincrone atunci când căderea este bruscă

44. **Selectaţi principiile tratamentului statusului epileptic (SE):** (16)
A. Implică măsuri generale şi farmacologice
B. Determinarea toxicologică şi concentraţia plasmatică MAE nu este necesară
C. Măsurile farmacologice trebuie iniţiate de urgenţă
D. Durata prelungită a SE convulsiv scade riscul de apariţie a leziunilor neuronale şi a complicaţiilor sistemice
E. Prima linie terapeutică include: lorazepam sau diazepam sau clonazepam

45. **A 2-a linie terapeutică utilizată în tratamentul farmacologic al statusului epileptic cuprinde:** (16)
A. Lorazepam
B. Fenobarbital
C. Levetiracetam
D. Fenitoină
E. Valproat de sodiu

46. **Despre un pacient în vârstă de 25 de ani, suspect de faringită GABHS, cu amigdale tumefiate, ganglionii limfatici cervicali anteriori tumefiaţi, febra 38,5°C, ţuse absentă, putem afirma**: (20)
A. Prezintă un scor Centor ≥ 2
B. Prezintă un scor Centor ≥ 4
C. Se impune testarea microbiologică
D. Nu este necesară confirmarea microbiologică
E. Se poate face tratament

47. **Complicaţiile infecţiei GABHS nesupurative sunt**: (21)
A. Limfadenită cervicală
B. Reumatism articular acut
C. Glomerulonefrită acută difuza post streptococică
D. Otită medie
E. Abces peritonsilar

48. **Tonsilectomia, în cadrul faringitei recurente cu GABHS este indicată:** (21)
A. Dacă copilul a avut peste 2 episoade în ultimul an
B. În caz de rezistenţă la tratamentul cu penicilină V
C. Dacă copilul a avut peste 5 episoade în ultimii 2 ani
D. În caz de abces periamigdalian
E. Respiraţie orală persistenta

49. **Care dintre următoarele enunţuri referitoare la laringita acută simplă NU sunt adevărate?** (22)
   A. Este o infecţie bacteriană rapid progresivă
   B. Este cea mai frecventă formă
   C. La examenul clinic se evidenţiază inflamaţia faringelui
   D. Laringoscopic se evidenţiază edem al corzilor vocale şi ţesutului subglotic
   E. Se caracterizează clinic prin dispnee inspiratorie şi stridor inspirator

50. **Următoarele afirmaţii caracterizează laringita striduloasă, CU EXCEPŢIA:** (23)
   A. Este o laringită obstructivă, denumită şi laringită acută spastică sau crupul spasmodic (pseudocrup)
   B. Terenul alergic şi factorii psihologici au rol important
   C. Prodromul durează 1-3 zile şi se caracterizează prin rinoree, tuse, febră moderată
   D. Debutul este insidios, detresa respiratorie fiind manifestă în 2-3 zile
   E. Tratamentul se poate face la domiciliu

51. **Tratamentul crupului viral presupune:** (24)
   A. Tratatamentul la domiciliu în formele uşoare de boală
   B. Internarea copilului în spital în formele medii/severe
   C. Administrarea antibioticelor, pentru profilaxia suprainfecţiilor bacteriene
   D. Administrarea corticosteroizilor pentru a reduce edemul mucoasei laringelui
   E. Aerosoli cu epinefrină racemică clasică sau un amestec 1:1 de isomer L şi D de epinefrină

52. **Complicaţiile epiglotitei acute NU pot fi**: (25)
   A. Meningitele
   B. Otomastoidita
   C. Abcesul retrofaringian
   D. Artrita septică
   E. Abcesul peritonsilar

53. **Tratamentul epiglotitei acute presupune**: (26)
   A. Internarea obligatorie într-o unitate de terapie intensivă
   B. În primele 48-72 de ore copilul trebuie să fie intubat nazotraheal pentru a preveni un deces brusc
   C. Administrarea de epinefrină racemică şi corticosteroizi
   D. Tratament antibiotic care vizează *H. Influenzae* şi constă în administrarea de ceftriaxonă sau meropenem
   E. Profilaxia infecţiei cu *H. Influenzae* se face cu ceftriaxonă la toţi membrii familiei dacă copilul bolnav este sub 4 ani şi este incomplet imunizat

54. **Conform Academiei Americane de Pediatrie (AAP), definiţia OMA se bazează pe următoarele criterii**: (27)
   A. Un istoric de boală recentă cu debut acut
   B. Prezenţa exsudatului la nivelul urechii medii, sugerat de oricare din următoarele elemente: bombarea timpanului, mobilitatea timpanului redusă sau absentă, nivele hidroaerice în spatele timpanului, otoree
   C. Semnele şi simptomele de inflamaţie ale urechii medii, sugerate de oricare din următoarele elemente: eritem evident timpanal, otalgie
   D. Semnele şi simptomele de inflamaţie a urechii medii, sugerate de oricare din următoarele elemente: hipoacuzie, timpan retractat
   E. Prezenţa exsudatului la nivelul urechii medii, sugerat de oricare din următoarele elemente: timpan opac sau perforat, reflexul luminos al timpanului redus sau diminuat

55. **La nou-născut, agenţii bacterieni mai frecvent incriminaţi în otita medie sunt**: (28)
   A. Streptococcus pneumoniae
   B. Haemophilus influenzae
   C. Escherichia coli
   D. Klebsiellla
   E. Staphylococcus aureus

56. **Complicaţiile intratemporale care apar în evoluţia unei otite pot fi**: (30)
   A. Paralizia nervului facial
   B. Tromboflebita sinusului lateral şi sigmoid
   C. Mastoidita acută sau cronică
   D. Colesteatom
   E. Labirintită acută

57. **Conform recomandărilor Centrului de Control al Bolilor (CDC) şi AAP, principiile terapeutice în abordare copilului cu OM sunt**: (31)
   A. Clasificarea corectă ca OMA sau OME (otita medie cu exsudat)
   B. Un diagnostic sigur de OMA întruneşte criteriile următoare: istoric cu debut al simptomelor şi semnelor, prezenţa de exsudat la nivelul urechii medii, semne şi simptome ale inflamaţiei urechii medii
   C. Conduita terapeutică va ţine cont de vârsta copilului şi forma de boală, dar nu şi de afectarea uni- sau bilaterală
   D. Tratamentul de primă intenţie în OM cu exsudat se recomandă dacă există exsudat unilateral care persistă 3 luni
   E. Conduita terapeutică va ţine cont de afectarea uni- sau bilaterală, dar nu şi de vârsta copilului

58. **La cazurile cu otită dovedite cu *S. pneumoniae* multidrog rezistent (serotipul 19A) se poate folosi**: (32)
   A. Amoxicilină
   B. Trimetoprim/sulfamethoxazol
   C. Levofloxacin

D. Eritromicină- sulfisoxazol
E. Linezolid

59. **Timpanometria se utilizează pentru:** (30)
A. Confirmarea diagnosticului în unele cazuri atipice
B. Evitarea diagnosticului excesiv de OMA
C. Urmărirea evoluţiei OMA
D. Diferenţierea OMA vindecată rapid şi complet de OM în care exsudatul persistă, chiar asimptomatic, o situaţie care necesită reexaminarea pacientului
E. Confirmarea diagnosticului în toate cazurile

60. **Tabloul clinic la copilul mare cu otită medie NU se caracterizează prin**: (29)
A. Modificarea apetitului şi somnului
B. Febră
C. Otalgie
D. Scaune diareice
E. Hipoacuzie

61. **Despre otomastoidită NU putem afirma**: (29)
A. Forma latentă apare la sugarii eutrofici care nu au fost trataţi în prealabil cu antibiotice
B. Debutul formei latente este brusc, cu febră mare, simptome auriculare şi manifestări generale intense
C. Forma manifestă apare mai ales la malnutriţi şi are un debut insidios
D. În forma manifestă, după perforarea timpanului, simptomele cedează şi de multe ori vindecarea poate fi spontană
E. Forma latentă se poate prezenta cu simptomele unei boli generale, predominând agitaţia şi somnolenţa

62. **Care dintre următoarele valori ale nevoilor nutritive NU sunt corespunzătoare unui sugar de 5 luni alimentat artificial?** (35)
A. Nevoile energetice sunt cuprinse între 90-120 kcal/kg/zi
B. Necesarul de proteine: 1,8-2 g/kg/zi
C. Necesarul de lipide: 3-6 g/kg/zi
D. Necesarul de glucide: 12 g/kg/zi
E. Necesarul de lichide: 100-140 ml/kg

63. **Referitor la formulele de lapte, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (37)
A. Formulele pentru prematuri sunt îmbogăţite caloric 20-24 kcal/30 ml, sunt emulsionate, ceea ce simplifică procesele de digestie şi absorbţie
B. Fortifianţii de lapte matern (HMF- human milk fortifiers) sunt folosiţi doar la copiii alimentaţi natural, cu greutate mică la naştere mai mică de 2500 g
C. Formulele de start pentru sugari sunt îmbogăţite cu vitamine şi oligoelemente
D. Formulele de continuare sunt recomandate sugarilor cu vârstă mai mare de 4-6 luni, în paralel cu alimentaţia diversificată
E. Formulele din soia sunt indicate în tratamentul dietetic al prematurilor şi în fibroza chistică

64. **Principiile generale utilizate în diversificarea alimentaţiei sugarului sunt**: (38)
A. Dieta trebuie să fie echilibrată
B. Alegerea primului aliment de diversificare se individualizează în funcţie de particularităţile de dezvoltare ale sugarului
C. Introducerea fiecărui aliment se va face progresiv şi neselectiv
D. Valoarea calorică a alimentului nou trebuie să fie de aproximativ 65 kcal/100 g
E. Pentru a stimula obişnuinţă pentru gustul dulce, zahărul are prioritate faţă de polizaharide

65. **Nevoile nutritive ale preşcolarului sunt**: (39)
A. Destinate pentru activitatea fizică, intelectuală şi maturarea sexuală
B. Necesarul caloric este de 80 kcal/kg/zi
C. Necesarul hidric este de 80 ml/kg/zi
D. Necesarul de proteine este de 2 g/kg/zi
E. Necesarul de glucide este de 12 g/kg/zi

66. **În producerea malnutriţiei, cauzele determinante sunt următoarele, CU EXCEPŢIA**: (40)
A. Carenţele nutriţionale prin deficit cantitativ şi calitativ
B. Bolile infecţioase acute şi cronice
C. Deficienţele de îngrijire
D. Malformaţiile congenitale
E. Condiţiile nefavorabile de mediu

67. **Starea de nutriţie a unui copil de 1 an, cu greutatea actuală de 7000 g, talia actuală de 65 cm, (Greutatea ideală = 9000 g, Talia ideală = 75 cm) se apreciază astfel**: (43)
A. Indicele statural (IS) = 0,86
B. Indicele ponderal (IP) = 0,86
C. Indicele ponderal (IP) = 0,77
D. În funcţie de IP, pacientul are gradul II de distrofie
E. În funcţie de IP, pacientul are gradul I de distrofie

68. **Referitor la malnutriţia protein calorică (MPC) gr. I, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE**: (44)
A. Tegumentele sunt palide
B. IP = 0,90-0,76; IN = 0,90-0,81
C. Toleranţa digestivă si apetitul sunt scăzute
D. Ţesutul adipos este diminuat pe torace şi abdomen
E. Aspect de sugar slab

69. **Referitor la malnutriţia protein calorică (MPC) gr. III, următoarele afirmaţii sunt FALSE**: (44)
A. Deficit ponderal >40%
B. Curba ponderală este descendentă în trepte
C. Toleranţa digestivă este compromisă, apare diareea „de foame" sau infecţioasă
D. Este greu reversibilă

E. Tegumentele sunt palide

70. **Următoarele enunţuri NU caracterizează marasmul nutriţional:** (45)
A. Este cea mai severă formă de malnutriţie proteică, de o gravitate extremă
B. Este o boală cu deficite majore nutriţionale, care interesează toate principiile nutritive, vitaminele şi oligoelementele
C. Abdomenul este escavat şi scobit
D. Hepatomegalia apare prin infiltrare grasă a ficatului (steatoză)
E. În formele extreme apare hipotermie, bradicardie, bradipnee şi hiporeactivitate

71. **Referitor la forma de malnutriţie Kwashiorkor, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (46)
A. Este o formă de malnutriţie proteică, care interesează în special metabolismul proteic
B. Se caracterizează prin edeme importante la nivelul fetei şi membrelor
C. Apar modificări ale fanerelor şi tegumentelor
D. Abdomenul este escavat şi uşor scobit
E. Prezintă deficit ponderal constant

72. **Patogenia complexă în formele grave de malnutriţie se caracterizează astfel:** (47)
A. Hipoglicemia determină hipoinsulinism, cu eliberarea în circulaţie de AG liberi
B. Scad procesele de gluconeogeneză
C. Se intensifică anabolismul proteic muscular ca o consecinţă a creşterii cortizolemiei
D. Reducerea metabolismului bazal cu hipotonie, bradicardie, tendinţa la colaps
E. Hipernatremie, deshidratare intracelulară datorită pierderilor digestive

73. **În malnutriţie, tratamentul dietetic esenţial în recuperarea nutriţională a copilului cuprinde**: (48)
A. Necesarul caloric este crescut şi variază în funcţie de severitatea malnutriţiei
B. Necesarul proteic ajunge până la 4-5 g/kg/zi, introdus progresiv
C. Relaţia optimă între aportul glucidic şi cel energetic este de 35-40 kcal pentru 1 g de glucide
D. Aportul glucidic este de până la 10-15 g/kg/zi
E. Aportul lipidic este parţial redus datorită sindromului de malabsorbţie asociat

74. **In malnutriţie, criteriile de evaluare a eficienţei tratamentului sunt:** (48)
A. Normalizarea tranzitului intestinal
B. Reluarea creşterii ponderale (apare la 6-8 săptămâni de la normalizarea scaunelor)
C. Redresarea imună (25-30 zile)
D. Recuperarea clinică (după 2-3 săptămâni)
E. Normalizarea psihică şi motorie

75. **Acţiunile 1,25 –dihidroxicolecalciferolului sunt**: (50)
   A. La nivel intestinal: creşte absorbţia calciului
   B. La nivel renal: scade reabsorbţia de fosfor cu creşterea fosfaturiei
   C. La nivel renal: creşte reabsorbţia aminoacizilor şi calciului la nivel tubular
   D. La nivel osos: stimulează mineralizarea ţesutului osteoid
   E. Scade conţinutul de citrat al lichidelor extracelulare

76. **Modificările osoase întâlnite în rahitismul carenţial sunt reprezentate de următoarele, CU EXCEPŢIA:** (51)
   A. Fruntea „olimpiană"
   B. Toracele în formă „de clopot"
   C. Hiperlaxitatea ligamentară
   D. Hiperexcitabilitatea neuromusculară
   E. Prezenţa „brăţărilor rahitice" la nivelul membrelor superioare

77. **Care dintre următoarele sunt modificări biochimice serice întâlnite în rahitismul carenţial?** (51)
   A. Calcemia poate avea valori normale sau scăzute
   B. Fosfatemia este scăzută
   C. Fosfataza alcalină este crescută
   D. PTH are valori scăzute
   E. Concentraţia serică de vit. D prin dozarea 25-dihidroxi-colecalciferolului scade sub 12 ng/ml

78. **Conform stadializării rahitismului, stadiul II se caracterizează prin:** (52)
   A. Hipocalcemie
   B. Hipofosfatemie
   C. Fosfataze alcaline crescute
   D. Normocalcemie
   E. Normofosfatemie

79. **Semnele patognomonice osoase evidenţiate radiologic în rahitismul carenţial sunt**: (52)
   A. Lăţirea metafizelor oaselor lungi care iau un aspect de „cupă" cu linia metafizară concavă, neregulată, estompată şi franjurată
   B. Lăţirea metafizelor oaselor lungi care iau un aspect de „cupă" cu linia metafizară convexă, regulată, estompată şi franjurată
   C. Absenţa spiculilor laterali
   D. Întârzierea de osificare a nucleilor de creştere, a diafizelor oaselor lungi şi a coastelor
   E. Prezenţa spiculilor laterali

80. **Referitor la tratamentul rahitismului carenţial, următoarele afirmaţii sunt FALSE:** (53)
   A. Profilaxia rahitismului la copil trebuie să înceapă încă din ultimul trimestru de sarcină
   B. Pentru profilaxia postnatală este recomandată utilizarea preparatelor de vitamina D_3soluţie orală, administrate zilnic începând cu vârsta de 7 zile continuu până la 12 luni
   C. Tratamentul curativ cu vitamina D a rahitismului este recomandat doar după confirmarea clinică, radiologică şi biologică a diagnosticului
   D. Preparatele injectabile se utilizează numai în cazuri excepţionale: sindrom de malabsorbţie, atrezie de căi biliare
   E. În cazul tratamentului curativ se recomandă 400-800 UI D_3 /zi oral, timp de 6-8 săptămâni

81. **Carenţa de fier poate fi determinată prin următoarele mecanisme şi cauze:** (56)
   A. Epuizare rapidă a unor rezerve cantitativ reduse: prematuritate, gemelaritate
   B. Aport crescut de proteine de origine animală, regim lactat prelungit
   C. Pierderi crescute prin hemoragie cronică, hemosiderinurie, exsudaţie proteică
   D. Tulburări de absorbţie şi digestive care pot fi selective (mucoviscidoză, celiakie) sau globale (boală Riley)
   E. Necesar crescut: prematuritate, dismaturitate, pubertate

82. **Semnele clinice de deficit tisular de Fe în cadrul anemiei feriprive sunt următoarele, CU EXCEPŢIA:** (56)
   A. Tulburări trofice ale tegumentelor şi mucoaselor
   B. Paloare
   C. Ragade comisurale
   D. Friabilitatea unghiilor
   E. Fatigabilitate

83. **Carenţa prelatentă de Fe se caracterizează prin:** (58)
   A. Rezerve de Fe absente
   B. Fierul seric normal
   C. Fierul seric scăzut
   D. Feritina serică scăzută
   E. Coeficientul de saturare a transferinei scăzut

84. **Carenţa de fier se deosebeşte prin următoarele grade de severitate, CU EXCEPŢIA**: (58)
   A. Asimptomatică
   B. Prelatentă
   C. Postlatentă
   D. Manifestă
   E. Latentă

85. **Referitor la formele clinice de anemie feriprivă următoarele afirmaţii sunt FALSE**: (58)
   A. Anemia de fier nutriţională este consecinţa unui aport neadecvat alimentar de fier
   B. Anemia posthemoragică cronică este reversibilă sub feroterapie, în condiţiile rezolvării manifestărilor hemoragice
   C. Anemia prematurului este definită prin apariţia sa precoce în primele 7-10 zile de viaţă
   D. Hemosideroza pulmonară este formă cea mai frecventă, se defineşte prin hemoragie pulmonară intraalveolară recidivantă însoţită de anemie feriprivă tipică
   E. Pica defineşte unele obiceiuri alimentare de consum al unor substanţe necomestibile

86. **Tratamentul anemiei feriprive vizează substituţia cu fier, astfel**: (59)
   A. Profilaxia începe din perioada prenatală şi continuă postnatal
   B. Tratamentul curativ are ca obiectiv restabilirea homeostaziei fierului
   C. Mijloacele dietetice vizează iniţierea unei alimentaţii corecte, evitându-se laptele de vacă şi făinoasele
   D. Ca şi tratament medicamentos se recomandă administrarea de săruri feroase pe cale orală
   E. Transfuzia de sânge are indicaţii restrânse pentru tratamentul formelor foarte severe, cu valori ale hemoglobinei < 7 g/100 ml

87. **În infecţiile perinatale cu virus varicelo-zosterian şi *Toxoplasmă gondii*, manifestările relativ specifice sunt:** (62)
   A. Calcificări intracraniene
   B. Cataractă
   C. Microcefalie
   D. Hydrops fetalis
   E. Anomalii cardiace

88. **Referitor la riscurile infecţiei perinatale cu virusul rubeolic NU putem afirma următoarele:** (63)
   A. Riscul transmisiei infecţiei la făt este mai mare dacă infecţia maternă se produce în primul trimestru de sarcină
   B. Riscul teratogen este mai mare dacă infecţia se produce în timpul organogenezei
   C. Infecţia dobândită în primele 4 săptămâni de gestaţie duce în 40% din cazuri la avort sau deces fetal intrauterin
   D. Dacă infecţia apare între săptămânile 13-16 de gestaţie, 85% din nou-născuţi vor avea anomalii congenitale
   E. Infecţia după 16 săptămâni de gestaţie cauzează sechele clinice

89. **Cele mai frecvente anomalii caracteristice asociate rubeolei congenitale sunt:** (63)
   A. Oculare (cataractă, retinopatie)
   B. Cardiace (persistenţa canalului arterial)
   C. Osoase („genu varum", „genu valgum")
   D. Neurologice (microcefalie, retard mintal)
   E. Dentare (modificări ale primilor molari, dinţi Hutschinson)

90. **Infecţia congenitală cu citomegalovirus (CMV) este cauza principală de:** (64)
   A. Anomalii cardiace
   B. Hipoacuzie neurosenzorială
   C. Retard mintal
   D. Retinopatie
   E. Paralizie cerebrală

91. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la manifestările infecţiei congenitale cu CMV sunt FALSE?** (64)
   A. Variază de la forme complet asimptomatice la decesul intrauterin al fătului
   B. Mortalitatea este de 10-15% la nou-născuţii simptomatici
   C. Infecţia intranatală sau postnatală cu CMV produce manifestări clinice sau sechele neurologice
   D. Printre manifestările prezente la naştere se enumeră: retard de creştere intrauterină, microcefalie, trombocitopenie
   E. Decesul se poate produce prin coagulare intravasculară diseminată, pneumonie sau encefalită

92. **Referitor la modul de transmitere al infecţiei neonatale cu virusul Herpes simplex (HSV), următoare afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (65)
   A. Se poate transmite de la mamă chiar înainte de naştere (infecţie intranatală)
   B. Se poate transmite în timpul naşterii, în momentul trecerii prin vagin (infecţie ascendentă)
   C. Este posibilă mai rar şi transmisia intrauterină transplacentară
   D. Poate fi transmisă în maternitate de la un alt nou-născut infectat (infecţie postnatală)
   E. Naşterea prin secţiune cezariană creşte riscul transmisiei intranatale a virusului

93. **Tablourile clinice ale infecţiei perinatale cu HSV pot fi:** (66)
   A. Boală diseminată (pneumonie, hepatită, şoc)
   B. Boli neurologice (letargie, febră, convulsii)
   C. Boală localizată (la nivelul dentiţiei, canalului auditiv şi ocular)
   D. Boală diseminată (bacteriemie, artrită, meningită)
   E. Boală localizată (cutanata, oculară, cavitate bucală)

94. **Referitor la tratamentul şi profilaxia în infecţia neonatală cu virusul *Herpes simplex* (HSV), următoarele enunţuri sunt ADEVĂRATE:** (66)
   A. Tratamentul de elecţie este cu aciclovir administrat parenteral
   B. Terapia infecţiei congenitale cu HSV utilizează ganciclovirul şi valganciclovirul
   C. Reducerea transmisiei HSV de la mamă la făt este posibilă prin contraindicarea naşterii vaginale
   D. Naşterea prin cezariană este indicată în cazul mamelor asimptomatice cu antecedente de herpes
   E. Culturile virale cervicale se recomandă pentru a susţine intervenţia cezariană

95. **Despre infecţia perinatală cu *Neisseria gonorrhoeae* putem afirma, CU EXCEPŢIA:** (67)
   A. Oftalmia gonococică debutează după 3-7 zile de viaţă prin secreţii conjunctivale apoase, transparente, purulente cu hiperemie conjunctivală marcată şi chemozis
   B. Poate lua şi formă de boală diseminată cu pneumonie, hepatită, şoc
   C. Infecţia localizată se tratează cu doză unică de ceftriaxonă parenteral
   D. Antibioterapia locală oculară singură este suficientă
   E. Profilaxia oftalmiei gonococice se face prin administrare topică oculară de nitrat de argint, eritromicină sau tetraciclină la toţi nou-născuţii

96. **Care dintre următoarele enunţuri sunt ADEVĂRATE referitoare la infecţia perinatală cu *Chlamydia trachomatis*?** (68)
   A. Este cea mai frecventă infecţie congenitală în ţările dezvoltate
   B. Cea mai frecventă localizare a colonizării este cea oculară (70%)
   C. Conjunctivita neonatală apare la 5-14 zile după naştere şi durează 1-2 săptămâni
   D. Pneumonia apare la 2-19 săptămâni după naştere şi se caracterizează prin absenţa febrei
   E. Profilaxia topică cu nitrat de argint, eritromicină sau tetraciclină este eficientă în profilaxia conjunctivitei cu *C. trachomatis*

97. **Triada Hutchinson presupune coexistenţa**: (69)
   A. Malformaţiilor dentare (dinţi Hutchinson)
   B. Leziunilor oculare (keratită interstiţială)
   C. *Hydrops fetalis*
   D. Anemiei
   E. Surdităţii datorate afectării nervului cranian VIII

98. **Testele serologice treponemice includ:** (69)
   A. Testul absorbţiei anticorpilor fluorescenţi antitreponemici (FT-ABS)
   B. Testul direct al anticorpilor fluorescenţi anti-*Treponema pallidum* (DFA-TP)
   C. Testul microhemaglutinării pentru *T. pallidum* (MHA-TP)
   D. Testul aglutinării particulelor de *T. pallidum* (TP-PA)
   E. Testul VDRL (Venereal disease research laboratory)

99. **Un caz confirmat de sifilis congenital este acela în care:** (70)
   A. Nou-născutul din mamă seropozitivă are semne clinice, modificări de LCR sau leziuni osoase pe radiografii
   B. Treponemele sunt demonstrate prin microscopie în câmp întunecat
   C. Titrul nou-născutului de anticorpi nontreponemici este de 4 ori mai mare decât al mamei
   D. Nou-născutul prezintă un test serologic treponemic pentru anticorpii de tip IgM pozitivi
   E. Mama cu serologie pozitivă nu a fost tratată, incorect tratată sau tratată cu mai puţin de o lună în urmă faţă de naştere

100. **În infecţia congenitală cu *Toxoplasma gondii*, diagnosticul serologic se bazează pe:** (72)
   A. Prezenţa anticorpilor specifici de tip IgA sau IgM în primele 6 luni de viaţă
   B. Izolarea microorganismului din placentă său sânge din cordonul ombilical
   C. Creşterea anticorpilor specifici de tip IgG la sugar comparativ cu titrul mamei
   D. Persistenţa anticorpilor specifici de tip IgG după vârsta de 6 luni
   E. Teste PCR pentru lichidul amniotic sau LCR

X. NEUROLOGIE

Complement simplu:

1. **Referitor la arterele carotide interne următoarele afirmaţii sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (76)
   A. Fiecare provine din bifurcaţia a. carotide comune de fiecare parte
   B. A. carotidă comună stângă are originea în arcul aortic
   C. A. carotidă comună dreaptă are originea din bifurcarea trunchiului brahiocefalic
   D. În traiectul lor laterocervical către baza craniului, aa. carotide interne dau naştere arterei oftalmice
   E. Fiecare pătrunde în cutia craniană prin gaura ruptă anterioară

2. **Care din următoarele enunţuri referitoare la bariera hemato-encefalică (BHE) este FALS?** (79)
   A. Asigură în condiţii optime nutriţia ţesutului nervos
   B. Nu permite evacuarea spre circulaţia venoasă a substanţelor rezultate din metabolismul celular
   C. Un rol important în realizarea funcţiilor majore ale BHE îl are controlul hemodinamic local, realizat prin funcţia endotelială normală şi a pericitelor
   D. Are capacitatea de a realiza într-o manieră controlată pasajul transendotelial al unor componente biochimice utile din sângele capilar
   E. Funcţia antitrombotică a endoteliului BHE asigură fluiditatea normală a circulaţiei capilare

3. **Aspectele esenţiale ale fiziopatologiei ischemiei cerebrale NU se referă la:** (84)
   A. Depăşirea posibilităţilor de autoreglare a circulaţiei cerebrale în teritoriul vasului afectat, concomitent cu o reacţie vasomotorie în vecinătatea focarului ischemic şi chiar şi la distanţă de acesta
   B. Alterările profunde metabolice intricate cu cele inflamatorii şi care apar în zona de infarct cerebral, mai ales în zona de penumbră ischemică
   C. Reacţiile vasculare şi alterarea BHE generate de anumite fenomene
   D. Pătrunderea apei în celulele ţesutului nervos, având drept consecinţă apariţia edemului cerebral în zona de infarct
   E. Scăderea reactivă a tensiunii arteriale sistemice care reprezintă un fenomen adaptativ de redresare a perfuziei cerebrale

4. **AVC lacunare NU se caracterizează prin:** (87)
   A. Reprezintă o entitate clinico-imagistică, care se referă la AVC de mici dimensiuni
   B. Sunt localizate în teritoriul aa. centrale/perforante de la baza emisferelor cerebrale şi al aa. paramediene
   C. În peste 85% din cazuri sunt consecinţa unor embolii de tip aterotrombotic
   D. Se pot manifesta clinic prin sindroame neurologice relativ caracteristice
   E. Un număr foarte mare de infarcte lacunare sunt silenţioase clinic în momentul producerii lor

5. **Despre AVC cardioembolice NU putem afirma că:** (88)
   A. Au o severitate crescută şi reprezintă 20-40% dintre AVC ischemice
   B. Cauza cea mai frecventă este fibrilaţia atrială
   C. Au risc mare de recurenţe (cca. 10%/an)
   D. Identificarea bolnavilor este extrem de importantă deoarece instituirea unui tratament de prevenţie secundară atrage o scădere importantă a recurenţelor de AVC
   E. Au o tendinţă mai scăzută spre transformare hemoragică rapidă

6. **Care din enunţurile următoare cu privire la sd. de arteră cerebrală medie (silviană) totală NU este adevărat?** (89)
   A. Este o formă clinică de sindrom vascular cortical corespunzător teritorului a. carotide interne
   B. Este însoţit frecvent de un edem cerebral important care determină alterarea stării de conştientă până la comă profundă
   C. Semnele de focar somatice se manifestă contralateral (hemiplegie totală, hemianestezie, hemianopsie homonimă)
   D. Asociat cu tulburări afazice (în leziunile emisferului non-dominant) sau neglijenţă vizuospaţială (în leziunile emisferului dominant)
   E. Nespecific, pot fi prezente tulburări psihiatrice de acompaniament, frecvent sub formă de *delirium*

7. **Semnele precoce tomodensitometrice care confirmă natura ischemică a AVC sunt, CU EXCEPŢIA:** (92)
   A. Ştergerea giraţiilor corticale într-o zonă a unui emisfer cerebral
   B. Ştergerea liniei de demarcaţie între cortex şi substanţa albă subcorticală într-o zonă a creierului
   C. Creşterea densităţii într-o zonă a creierului superpozabilă pe un teritoriu vascular şi care corespunde topografic cu localizarea semnelor clinice
   D. Ştergerea unilaterală a „desenului" normal al structurilor din regiunea ganglionilor bazali
   E. Prezenţa contrastului spontan al a. cerebrale medii lezate corespunzătoare tabloului clinic

8. **Care din următoarele enunţuri referitoare la măsurile terapeutice specifice de urgenţă a AVC ischemic este FALS?** (95)
   A. Terapia de reperfuzie cu rtPA administrat iv, într-o fereastră terapeutică de maximum 4,5 ore de la apariţia primului semn clinic de AVC
   B. Pentru ocluzia de arteră bazilară, se poate face fibrinoliza
   C. Înainte de fibrinoliză trebuie scăzute valorile tensionale sub 185/110 mmHg
   D. Heparinele cu greutate moleculară mică sunt recomandate după 24-72 ore de la debutul AVC
   E. În primele 48 ore de la producerea unui AVC ischemic se recomandă aspirina pe cale orală, sau în asociere cu dipiridamol

9. **Factori de risc asociaţi cu o frecvenţă mai mare a AVC hemoragice pot fi, CU EXCEPŢIA:** (98)
   A. HTA cronică
   B. Vârsta înaintată
   C. Sexul feminin
   D. Prezenţa alelelor ApoE2 şi ApoE4
   E. Prezenţa microsângerărilor cerebrale

10. **Reţeaua de evenimente patologice celulare şi moleculare responsabile de manifestările clinice agravante ale AVC NU cuprinde:** (99)
   A. Activarea metaloproteinazelor (MMP)
   B. Activarea TNF α, a altor interleukine şi citokine proinflamatorii
   C. Activarea complementului seric
   D. Activarea fenomenelor apoptotice
   E. Activarea aquaporinelor

11. **Referitor la tratamentul HSA anevrismale, următoarele afirmaţii sunt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (105)
   A. Scăderea valorilor TA poate favoriza resângerarea, iar creşterea valorilor facilitează apariţia vasospasmului şi ischemiei cerebrale tardive
   B. Se pot folosi antifibrinoliticele, dar numai în perioada precoce şi limitată până la cura chirurgicală/endovasculară a anevrismului
   C. Tratamentul vasospasmului cerebral începe cu managementul precoce al anevrismului rupt
   D. Corectarea natremiei se poate face prin administrare de fludrocortizon acetat şi de soluţie salină hipertonă
   E. Dacă pacienţii au avut anterior crize epileptice, se recomandă tratament anticonvulsivant

Complement multiplu:

12. **Partea anterioară a cercului arterial (poligonului) Willis este formată din**: (77)
   A. Aa. coroidiene anterioare
   B. Aa. cerebrale medii (silviene)
   C. Aa. carotide interne
   D. Aa. cerebrale anterioare
   E. Artera comunicantă anterioară

13. **Ramurile terminale ale aa. carotide interne distribuite spre irigaţia parenchimului cerebral NU sunt:** (77)
   A. Aa. cerebrale anterioare
   B. Aa. cerebrale medii (silviene)
   C. Aa. coroidiene anterioare
   D. Aa. oftalmice
   E. A. spinala anterioară

Boala de vase mici cerebrale apare la nivelul: (78)

A. Aa. centrale
B. Aa. cerebrale
C. Aa. paramediene
D. Ramurilor poligonului Willis
E. Aa. cerebrale în segmentele lor proximale

Referitor la principalele sisteme adaptative hemodinamic prin care se poate asigura circulaţia colaterală la nivelul encefalului, sunt ADEVĂRATE: (79)

A. Rolul funcţional major al poligonului lui Willis este de a proteja ţesutul cerebral de leziunile dezastruoase ale obstrucţiei uneia dintre arterele majore
B. Când poligonul Willis devine nefuncţional, o creştere a debitului pe una din arterele cervicale cu destinaţie cerebrală poate fi cauza unui infarct masiv
C. Anastomozele leptomeningeale sunt realizate în spaţiul subarahnoidian între ramurile corticale de graniţă ale celor 3 artere cerebrale majore.
D. Anastomozele ramurilor aa. carotide externe şi cele ale aa. carotide interne şi vertebrale limitează consecinţele lezionale la nivelul encefalului, atunci când se instalează o obstrucţie vasculară majoră pe un vas de aport arterial către ţesutul cerebral
E. Cea mai importantă anastomoză este cea care se realizează între ramuri din arterele meningeale şi ramuri provenind din aa. carotide interne

16. **Autoreglarea circulaţiei cerebrale se realizează prin participarea unor tipuri de mecanisme majore şi se caracterizează prin**: (81)

A. Funcţionează în interdependenţă şi au o pondere funcţională diferită în diferitele segmente ale patului vascular cerebral
B. Mecanismele neurogene acţionează predominant la nivelul arterelor mari cerebrale şi ale celor leptomeningeale
C. Mecanismele metabolice sunt esenţiale pentru adaptarea regională şi locală a debitului sanguin cerebral la nivelul vaselor mici intraparenchimatoase şi la nivelul microcirculaţiei cerebrale
D. Dependenţa faţă de nevoile metabolice se realizează prin substanţe cu efect vasoconstrictor local
E. Funcţia endotelială este esenţială în toate segmentele patului vascular pentru reglarea vasomotricităţii cerebrale

17. **Selectaţi enunţurile ADEVĂRATE referitoare la AIT**: (85)

A. Este o formă reversibilă de AVC ischemic
B. Determină leziuni structurale cerebrale
C. Este un episod de scurtă durată de disfuncţie determinată de o ischemie focală cerebrală sau retiniană
D. Simptomele clinice durează în mod tipic mai puţin de 1 oră şi fără dovezi pentru un infarct acut
E. Se impune diagnosticul diferenţial cu alte condiţii neurologice cu manifestări paroxistice de durată relativ scurtă

18. **Referitor la etiologia AVC ischemice, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (84)
    A. Cele mai frecvente AVC ischemice sunt AVC cardioembolice
    B. Pe locul al doilea se găsesc AVC ischemice aterotrombotice
    C. Fibrilaţia atrială reumatismală este cea mai frecventă cauză de AVC cardioembolic
    D. Dintre cauzele care ţin de patologia peretelui vascular, disecţia de aa. cervico-cerebrale este cea mai frecventă cauză la bolnavii sub 45 ani
    E. Există un procent important de AVC ischemice criptogenice (15-20%)

19. **Selectaţi afirmaţiile ADEVĂRATE referitoare la mecanismul de producere al atacului ischemic tranzitoriu (AIT):** (85)
    A. Mecanismul hemodinamic presupune existenţa unei stenoze arteriale semnificative
    B. Cel mai frecvent apare datorită unei tulburări de coagulare
    C. Mecanismul trombo-embolic se poate produce printr-o embolie plachetară arterio-arterială
    D. Mecanismul trombo-embolic se poate produce uneori printr-o embolie de mici dimensiuni care provine din orice altă sursă emboligenă
    E. Rar poate fi datorită unei microangiopatii inflamatorii

20. **Din punct de vedere al dimensiunilor şi localizării infarctelor cerebrale, în funcţie de tipul de vas se pot identifica**: (86)
    A. Infarcte cerebrale majore
    B. Infarcte cerebrale simptomatice
    C. Infarcte lacunare
    D. Infarcte cerebrale silenţioase
    E. Microinfarcte cerebrale

21. **Referitor la formele de infarcte cerebrale, următoarele afirmaţii sunt FALSE:** (86)
    A. Infarctele cerebrale silenţioase nu au o expresie clinică în momentul producerii lor, dar pot fi identificate prin IRM
    B. Infarctele cerebrale devin simptomatice în sensul unei deteriorări clinice progresive în timp
    C. Infarctele cerebrale majore sunt consecinţa bolii de vase mari cerebrale şi a emboliilor cardiogene
    D. Microinfarctele cerebrale sunt consecinţa bolii de vase mici cerebrale, de cauză hipertensivă
    E. Infarctele lacunare sunt consecinţă a microangiopatiilor, altele decât cele cauzate de HTA cronică

22. **Sindroamele lacunare pot fi subdivizate clasic în următoarele forme clinice:** (88)
    A. Hemipareza pur senzorială
    B. Hemihipoestezia pur motorie
    C. Sindromul dizartrie-mână inabilă
    D. Hemipareza ataxică
    E. Hemipareza senzorio-motorie

23. **Neuroreabilitarea precoce după AVC (de orice tip) se referă la:** (95)
    A. Recuperarea deficitului motor
    B. Recuperarea funcţiei limbajului
    C. Recuperarea cognitivă
    D. Recuperarea funcţiilor senzoriale şi sfincteriene
    E. Niciuna de mai sus

24. **Sindroamele apărute în cadrul leziunilor obstructive ale ramurilor colaterale ale sistemului arterial vertebro-bazilar sunt:** (91)
    A. Sd. de aa. paramediane şi circumferenţiale din aa. vertebrale şi bazilară
    B. Sd. de a. cerebeloasă postero-inferioară
    C. Sd. de a. cerebeloasă antero-inferioară
    D. Sd. de a. cerebeloasă antero-superioară
    E. Sd. de a. cerebrală anterioară

25. **Referitor la sindromul Wallenberg, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (91)
    A. Mai este numit sd. median bulbar sau sd. inter-olivar
    B. Este caracterizat prin tulburare alternă de sensibilitate termo-algezică (trigeminală contralateral şi spino-talamică ipsilateral)
    C. Este asociat cu semne ipsilaterale de trunchi cerebral (sindrom cerebelos)
    D. Este asociat cu semne contralaterale de trunchi cerebral (sindrom Horner)
    E. Este asociat cu sindrom vestibular, disfagie, singultus

26. **Referitor la examenul ultrasonografic echo-Doppler al vaselor cerebrale, putem spune că:** (93)
    A. Se impune ca urgenţă de linia I
    B. Este foarte util după instituirea terapiei de urgenţă
    C. Presupune examinarea aa. carotide interne în segmentul cervical şi aa. vertebrale
    D. Nu este obligatoriu să fie completată cu examenul Doppler transcranian (TCD)
    E. Este o metodă imagistică de elecţie în cazul suspiciunii de disecţie arterială într-un vas cervico-cerebral

27. **Măsurile terapeutice generale de urgenţă ale AVC ischemic se referă la:** (94)
    A. Terapie de reperfuzie cu rtPA administrat iv
    B. Administrarea de oxigen, dacă saturaţia scade sub 95%
    C. În cel puţin primele 24 ore, pentru menţinerea echilibrului hidric se foloseşte soluţie salină 0,9% şi soluţii glucozate
    D. În AVC acut nu se recomandă scăderea de rutină a tensiunii arteriale, doar atunci când valorile TA sunt extrem de ridicate (>220/120 mmHg)
    E. Se recomandă profilaxia cu antibiotice la bolnavii imunocompetenţi

28. **Referitor la localizările infarctelor în sindroamele lacunare, următoarele enunţuri sunt FALSE:** (89)
    A. Hemipareza pur motorie (aa. lenticulo-striate, aa. paramediane pontine sau paramediane din mezencefal)
    B. Hemihipoestezia pură (aa. lenticulo-striate sau aa. paramediane pontine)

C. Sindromul dizartrie-mână inabilă (aa. perforante talamice)
D. Hemipareza ataxică (aa. lenticulo-striate, paramediane pontine sau perforante talamice)
E. Hemipareza senzorio-motorie (aa. lenticulo-striate)

29. **Măsurile terapeutice specifice de urgenţă ale AVC ischemic se referă la:** (95)
A. Terapia de reperfuzie cu rtPA administrat iv, în maximum 4,5 ore de la apariţia primului semn clinic de AVC
B. Administrarea de oxigen, dacă saturaţia scade sub 95%
C. Nu se recomandă profilaxia cu antibiotice la bolnavii imunocompetenţi
D. În AVC care nu răspund la terapia prin fibrinoliză cu rtPA, se recomandă reperfuzie printr-o procedură intervenţională neuroradiologică endovasculară
E. La pacienţii cu disfagie importantă, se recomandă iniţierea realimentării cât mai precoce, prin sondă nazo-gastrică

30. **Principalele recomandări legate de prevenţia secundară după AVC ischemic sunt:** (96)
A. Scăderea LDL-colesterolului sub 120 mg/dl
B. Valori mai mici de 110 mmHg pentru TA sistolică şi 70 mmHg pentru TA diastolică
C. Terapia antitrombotică- obligatorie
D. Endarterectomia, metodă de elecţie în cazul stenozelor extracraniene simptomatice de a. carotidă internă
E. Angioplastia carotidiană percutanată endovasculară, este recomandată la pacienţii selecţionaţi cu stenoze carotidiene simptomatice semnificative hemodinamic

31. **Referitor la terapia antiagregantă plachetară, utilizată în prevenţia secundară după AVC ischemic, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE**: (96)
A. Este obligatorie, dacă pacientul nu are indicaţie de tratament anticoagulant
B. Se preferă clopidogrelul în monoterapie
C. Se preferă aspirina în monoterapie, de primă intenţie
D. Ca alternativă este asocierea între aspirină şi dipiridamol
E. Terapia combinată clopidogrel plus aspirină poate fi utilizată la bolnavii care au avut un AVC ischemic şi au angină instabilă

32. **Care dintre următoarele enunţuri referitoare la terapia anticoagulantă utilizată în prevenţia secundară după AVC ischemic sunt FALSE?** (97)
A. Este recomandată la pacienţii care au crize epileptice incomplet controlate
B. Se poate face cu dicumarinice sau cu anticoagulante non-antivitamina K şi cu antritrombotice noi
C. Este recomandarea de linia I la pacienţii cu fibrilaţie atrială
D. Nu sunt recomandate la pacienţii cu sângerări gastrointestinale sau complianţa scăzută
E. Nu sunt recomandate în cazul ateroamelor mari aortice şi anevrismelor fusiforme de a. bazilară

33. **Selectaţi enunţurile ADEVĂRATE cu privire la terapia chirurgicală şi intervenţională endovasculară, utilizate în prevenţia secundară după AVC ischemic:** (97)
    A. Angioplastia carotidiană percutanată endovasculară este recomandată în stenozele simptomatice intracraniene
    B. Endarterectomia este recomandată în stenoza asimptomatică semnificativă hemodinamic la tinerii fără alţi factori de risc vascular semnificativi
    C. Endarterectomia carotidiană trebuie practicată cât mai curând după ultimul episod ischemic, de regulă în maximum 2 luni
    D. Nu se recomandă în stenozele arteriale carotidiene asimptomatice
    E. Angioplastia carotidiană percutanată endovasculară nu este recomandată în cazul stenozelor post-iradiere

34. **Referitor la etiologia hemoragiilor cerebrale intraparenchimatoase următoarele afirmaţii sunt FALSE**: (98)
    A. Sunt consecinţa modificărilor cronice ale calităţilor structurale ale pereţilor vasculari
    B. Cea mai frecventă cauză la tineri este reprezentată de malformaţiile vasculare
    C. La adulţii de vârstă medie (50-70ani), cea mai frecventă cauză este angiopatia amiloidică
    D. La vârstnicii peste 70 de ani, principala cauză este boala de vase mici determinată de HTA cronică
    E. Alte cauze dar cu o frecvenţă mai scăzută sunt tulburările de coagulare

35. **În hemoragiile cerebrale intraparenchimatoase cei mai importanţi factori de prognostic negativ în raport cu supravieţuirea sunt următorii:** (100)
    A. Edemul cerebral sever
    B. Vârsta tânără
    C. Volumul crescut al hematomului şi forma sa neregulată
    D. Scorul Glasgow (CGS) crescut asociat cu valori mari ale TA la internare
    E. Localizarea infratentorială

36. **Referitor la măsurile terapeutice generale utilizate în hemoragiile cerebrale intraparenchimatoase, următoarele afirmaţii NU sunt adevărate:** (101)
    A. HTA trebuie să fie tratată prompt dacă are valori mai mari de 180/110 mmHg
    B. HTA trebuie să fie tratată prompt, dacă presiunea arterială medie (MAP) este mai mare de 130 mmHg
    C. Se recomandă utilizarea statinelor deoarece scad riscul de recurenţă hemoragică cerebrală
    D. Pentru prevenţia recurenţelor hemoragice, ţinta terapeutică a TA la bolnavii cu DZ sau cu boala renală cronica trebuie să fie de 140 mmHg pentru TA sistolică şi 90 mmHg pentru TA diastolică
    E. Ţinta terapeutică a TA la bolnavii cu boală hipertensivă de vase mici trebuie să fie de 130 mmHg pentru TA sistolică şi 80 mmHg pentru TA diastolică

37. **Referitor la măsurile terapeutice specifice utilizate în hemoragiile cerebrale intraparenchimatoase, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (101)
    A. Pacienţii cu tulburări severe de coagulare prin deficite de coagulare sau tromobocitopenie severă, trebuie să primească tratament de substituţie corespunzător
    B. Trebuie să primească substituţie cu factori de coagulare dependenţi de vitamina K asociat cu administrare iv de vitamina K
    C. Se recomandă administrarea în monoterapie a factorului VIIa
    D. După încetarea sângerării se recomandă doze mici de heparină cu greutate moleculară mică
    E. Se recomandă utilizarea statinelor, scad riscul de recurenţă hemoragică cerebrală

38. **Studiile STICH I şi STICH II au comparat metodele optime pentru tratamentul hematomului intracerebral si au avut următoarele rezultate**: (102)
    A. Rata mortalităţii a rămas mai scăzută la pacienţii la care s-a făcut evacuarea precoce a hematomului
    B. Pacienţii care la internare aveau un prognostic bun, au răspuns mai bine la tratamentul chirurgical precoce decât cei cu un prognostic rezervat
    C. Craniectomia largă decompresivă poate fi recomandată la pacienţii cu edem cerebral foarte mare
    D. Pacienţii cu hemoragie cerebeloasă care se deteriorează neurologic, beneficiază de evacuarea chirurgicală cât mai repede posibil
    E. Se poate lua în considerare evacuarea hematoamelor mai mari de 30 ml

39. **Cele mai frecvente localizări ale anevrismelor intracraniene sunt:** (103)
    A. A. oftalmică
    B. A. pericaloasă
    C. A. cerebrală posterioară
    D. Partea anterioară a poligonului lui Willis
    E. A. comunicantă posterioară

40. **Diagnosticul hemoragiei subarahnoidiene se bazează pe următorul tabloul clinic**: (104)
    A. Cefalee atroce instalată brutal
    B. Fotofobie
    C. Deficit neurologic adesea urmat de cădere şi alterarea rapidă a stării de conştientă
    D. Semne subiective de iritaţie meningeală
    E. Debutul clinic se poate manifesta prin tulburări psihiatrice brusc instalate

41. **Examenul clinic obiectiv neurologic şi general în cazul hemoragiilor subarahnoidiene pune în evidenţă prezenţa:** (105)
    A. Semnelor de iritaţie meningeală
    B. Semnelor Kernig, Brudzinski, Lasegue bilateral, frecvente în primele ore de la debut
    C. Hemoragiilor subhialoide prepapilare, vizualizate la examenul oftaloscopic
    D. Globului vezical şi retenţiei urinare (uneori)
    E. ROT diminuate/abolite, în primele 4 ore de la debutul sângerării

42. **Terapia „triplului H", utilizată in unităţile de urgenţe neurovasculare, se referă la**: (106)
    A. Hiponatremie
    B. Hipervolemie
    C. Hipovolemie
    D. Hipertensiune
    E. Hemodiluţie

43. **Referitor la tratamentul HSA anevrismale, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE**: (105)
    A. Scăderea valorilor TA poate favoriza resângerarea
    B. Folosirea acidului epsilon-aminocaproic şi acidului tranexamic este contraindicată
    C. Tratamentul vasospasmului cerebral începe cu managementul precoce al anevrismului rupt
    D. Managementul hiponatremiei se face prin administrarea unor volume crescute de fluide hipotone
    E. Nimodipina este singurul medicament care reduce riscul de vasospasm şi ischemie cerebrală tardivă

44. **AVC ischemice pot fi**: (89)
    A. Aterotrombotice
    B. Lacunare
    C. Cardioembolice
    D. Hemoragice subarahnoidiene
    E. Hemoragice intraparenchimatoase

XI. REUMATOLOGIE

Complement simplu:

1. **Factorul reumatoid poate fi prezent la următoarele categorii de persoane, CU EXCEPŢIA:** (110)
   A. Pacienţii diagnosticaţi cu crioglobulinemie mixtă esenţială
   B. 10-15% din persoanele sănătoase
   C. Pacienţii diagnosticaţi cu hepatite autoimune
   D. 40% din persoanele sănătoase
   E. Tranzitoriu în infecţiile bacteriene şi virale

2. **În poliartrita reumatoidă, afectarea articulară se caracterizează prin:** (114)
   A. Redoare matinală cu o durată de minim 60 de minute
   B. Înroşirea tegumentelor supraiacente
   C. Aditivitate
   D. Asimetria articulaţiilor afectate
   E. Durere care cedează la repaus

3. **Care din următoarele tipuri de articulaţii NU este frecvent afectată în poliartrita reumatoidă:** (115)
   A. Articulaţiile diartrodiale
   B. Articulaţiile radiocubitocarpiene
   C. Articulaţia manubrio-sternală
   D. Articulaţiile metacarpofalangiene
   E. Articulaţiile interfalagiene proximale

4. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la poliartrita reumatoidă este ADEVĂRATĂ:** (118)
   FR=factorul reumatoid, ACPA =anticorpii anti proteine citrulinate
   A. ACPA apar tardiv în evoluţia PR
   B. FR este mereu absent în lichidul sinovial
   C. FR este prezent în 75% din cazuri la începutul bolii, pentru ca după 6-12 luni să scadă semnificativ
   D. ACPA au o sensibilitate şi specificitate mai mare decât FR
   E. Biopsia sinovială este frecvent utilizată pentru stabilirea diagnosticului

5. **Care din următoarele modificări radiologice NU se regăsesc in poliartrita reumatoidă:** (118)
   A. Subluxaţii şi luxaţii determinate de distrucţiile cartilajelor
   B. Tumefacţia de părţi moi periarticulare
   C. Pseudolărgirea spaţiului articular datorită eroziunilor subcondrale
   D. Îngustarea spaţiilor articulare
   E. Eroziuni marginale, geode şi microgeode

6. **Care din următoarele criterii valorează 2 puncte în clasificarea poliartritei reumatoide conform EULAR/ACR:** (119)
   A. Afectarea articulară la 4-10 articulaţii mici
   B. Durata sinovitei peste 6 săptămâni
   C. FR şi/sau ACPA pozitivi, cu titru de 3 ori mai mare decât limita superioară a normalului
   D. Afectarea articulară a 2-10 articulaţii medii-mari
   E. Afectarea articulară a 1-3 articulaţii mici

7. **Afectarea pulmonară în poliartrita reumatoidă se manifestă prin următoarele:** (116)
   A. Pleurezie cu lichid pleural de tip transudat
   B. Pleurezie cu lichid pleural de tip exsudat cu proteinorahie scazută si glicorahie normală
   C. Pleurezie cu lichid pleural de tip exsudat cu prezenţa factorului reumatoid
   D. Pleurezie cu lichid pleural de tip exsudat cu LDH-scăzut
   E. Pleurezie cu lichid pleural de tip exsudat cu prezenţa unui complement crescut

8. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la metotrexat NU este adevărată:** (121)
   A. Este un analog structural ce acţionează prin inhibarea enzimei dihidro-orotat-dehidrogenază
   B. Are acţiuni de tip citostatic, imunosupresor şi anti-inflamator
   C. Administrarea concomitentă de acid folic îi scade toxicitatea
   D. Prezintă efecte secundare de tip oligospermie
   E. Reacţiile adverse la metotrexat sunt mai frecvente în primele 6 luni

9. **Care din următoarele NU face parte din trăsăturile de grup A ale spondilitei anchilozante:** (131)
   A. Psoriazisul
   B. Uveita
   C. Sacroiliita dovedită imagistic
   D. Antecedente familiale de Spondilită anchilozantă
   E. Prezenţa HLA-B27

10. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la durerea lombară în spondilita anchilozantă este FALSĂ:** (133)
   A. Se ameliorează la efort fizic
   B. Se întinde pe o durată de cel puţin trei luni
   C. Se întâlneşte frecvent la adulţii tineri sub 40 de ani
   D. Apare de regulă în partea a doua a nopţii
   E. Se însoţeşte de redoare matinală de maxim 30 de minute

11. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la hiperostoza scheletală difuză este ADEVĂRATĂ:** (137)
   A. Este o afecţiune de tip inflamator
   B. Apare frecvent la femeile sub 30 de ani datorită dezechilibrelor metabolice

C. Se însoţeşte de expansiunea cutiei toracice anormale
D. Determină o limitare marcată a mişcărilor în segmentele afectate
E. Prezenţa HLA-B27

12. **La examenul radiologic în spondilita anchilozantă, sacroiliita de gradul III se caracterizează prin următoarele:** (136)
A. Pseudolărgirea spaţiului articular datorită eroziunilor subcondrale
B. Suspiciune de sacroiliită cu aspect înceţoşat al articulaţiei
C. Scleroză periarticulară cu diminuarea interliniului articular
D. Anchiloza articulaţiilor sacroiliace
E. Formare de punţi osoase între osul sacrum şi osul iliac

13. **Care din următoarele NU aparţine formelor specifice de afectare articulară psoriazică:** (143)
A. Spondiloartropatia
B. Artrita mutilantă
C. Oligoartrita simetrică
D. Poliartrita psoriazică
E. Artrita interfalangiană distală

14. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la artrita mutilantă NU este adevărată:** (143)
A. Este rară că manifestare de debut
B. Este o formă extensiv-osteolitică ce afecteaza mereu falangele proximale
C. Se asociază afectării metcarpienelor şi metatarsienelor
D. Se asociază psoriazisului cutanat extins
E. Se asociază formei axiale a spondilitei

15. **Cel mai sensibil reactant al fazei acute în artrita psoriazică este:** (144)
A. VSH-ul accelerat
B. Valori ale acidului uric crescute
C. Niveluri crescute ale imunoglobulinelor A
D. Nivelul seric al amiloidului A
E. Prezenţa de complexe imune circulante

16. **Care din următoarele afirmaţii privind utilizarea fotochemoterapiei în artrita psoriazică este ADEVĂRATĂ:** (148)
A. Are efect constant asupra artritelor psoriazice periferice
B. Nu este considerat factor de risc în cancerul de piele
C. Are un efect nefavorabil în controlul leziunilor cutanate
D. Prezintă risc de acumulări toxice şi incidenţă crescută a cancerului de piele
E. Utilizarea radiaţiilor UV de tip B în bandă îngustă indică o creştere a riscului carcinogenetic

17. **Care din următoarele afirmaţii cu privre la afectarea articulară în lupusul eritematos sistemic NU este adevărată:** (154)
    A. Este o afectare poliarticulară, simetrică
    B. Afectează în special articulaţiile mari
    C. Poate afecta şi articulaţia genunchiului
    D. Sinovita exsudativă este de regulă minimă
    E. Simptomatologia dureroasă vizează părţile moi periarticulare

18. **Care din următoarele reprezintă o leziune cutanată subacută în LES:** (155)
    A. Rash-ul malar
    B. Lupusul bulos
    C. Leziunile papuloscuamoase
    D. Eritemul generalizat
    E. Paniculita

19. **Care din următoarele NU aparţine criteriilor imunologice în LES:** (161)
    A. Anticorpii antifosolipidici pozitivi, anticoagulant lupic prezent
    B. Anticorpii anti Sm pozitivi
    C. Hipocomplementemie: scăderea C3, C4, CH50
    D. Anticorpii anti ADNdc de cel puţin 3 ori peste valoarea normală
    E. Testul Coombs pozitiv în absenţa anemiei hemolitice

20. **Care din următoarele reprezintă clasa IV C în clasificarea nefritei lupice:** (158)
    A. Nefrita proliferativă focală cu afectare a <50% din glomeruli, leziunile sunt cronice şi inactive
    B. Nefrita proliferativă difuză cu afectarea a <50% din glomeruli, leziunile sunt cronice şi inactive
    C. Nefrita proliferativă difuză cu afectarea a >50% din glomeruli , leziunile sunt active şi cronice
    D. Nefrita proliferativă difuză cu afectarea a >50% din glomeruli, leziunile sunt cronice şi inactive
    E. Nefrita proliferativă difuză cu afectarea a >50% din glomerului, leziunile sunt active

<u>Complement multiplu:</u>

21. **Care dintre următoarele NU sunt efecte ale TNF-alfa:** (112)
    A. Inhibă angiogeneza
    B. Stimulează proliferarea sinoviocitelor, limfocitelor, fibroblaştilor şi a celulelor endoteliale
    C. Inhibă expresia MHC pe celula prezentatoare de antigen
    D. Favorizează distrucţia cartilajului şi a osului
    E. Stimulează propria sinteză de macrofage

22. **Care dintre următorii NU sunt factori favorizanţi ai poliartritei reumatoide:** (110)
    A. Fumatul
    B. Prezenţa HLA-B27
    C. Sexul feminin
    D. Infecţia cu Streptococul β-hemolitic de tip A
    E. Factorul Reumatoid pozitiv

23. **În poliartrita reumatoidă, stadiul de sinovită exsudativă se manifestă prin următoarele:** (111)
    A. Hiperplazia membranei sinoviale
    B. Prezenţa panusului sinovial
    C. Edem interstiţial
    D. Prezenţa unui ţesut de granulaţie, hipertrofiat şi hipervascularizat
    E. Alterarea celulelor endoteliale

24. **Cele mai frecvente reacţii adverse date de sulfasalazină sunt, CU EXCEPŢIA:** (122)
    A. Leucopenie cu neutropenie
    B. Fibroză pulmonară
    C. Greţuri, vărsături, dureri abdominale şi diaree
    D. Fibroză hepatică
    E. Prezenţa pruritului

25. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la indicaţiile glucocorticoizilor în tratamentul poliartritei reumatoide sunt FALSE:** (121)
    A. Se administrează în caz de vasculită sau alte manifestări sistemice
    B. Nu se administrează niciodată local intraarticular
    C. Se administrează în puseele evolutive severe
    D. Se administrează în doze mari, pe termen lung în formele active ce nu raspund suficient la terapia remisivă
    E. Se administrează în doze mici, pe termen scurt pană la instalarea terapiei remisive

26. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la examenul lichidului sinovial în poliartrita reumatoidă sunt FALSE:** (118)
    A. Are caracter de transudat
    B. Prezenţa PMN>75%
    C. Factor reumatoid absent
    D. Concentraţia complementului este crescută
    E. Concentraţia glucozei este crescută

27. **În poliartrita reumatoidă, următoarele afirmaţii cu privire la sindromul de canal carpian sunt ADEVĂRATE:** (115)
    A. Afectează degetele V şi jumătate din IV
    B. Este determinat de elasticitatea crescută a ligamentului transvers al carpului
    C. Generează dureri şi parestezii în teritoriul nervului median

D. Este determinat de inflamaţia carpului şi lipsa de elasticitate a ligamentului transvers
E. Afectează degetele I, II, III şi jumătate din IV

28. **Afectarea în "gât de lebădă" a mâinilor în poliartrita reumatoidă se manifestă prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (115)
A. Hiperextensia interfalangienelor distale şi flexia interfalagienelor proximale
B. Scurtarea muşchilor interosoşi cu efect de tracţiune asupra tendoanelor extensorilor
C. Hiperextensia interfalangienelor proximale şi flexia interfalangienelor distale
D. Adducţia exagerată a primului metacarpian
E. Apariţia dactilitei

29. **Următoarele afirmaţii privind chistul Baker sunt false, CU EXCEPŢIA:** (116)
A. Reprezintă o acumulare de ţesut adipos
B. Apare datorită unei presiuni intraarticulare crescute
C. În general fuzează în musculatura anterioară a gambei
D. Se manifestă prin prezenţa lichidului sinovial în compartimentul articular posterior
E. Poate fi greşit interpretat drept o tromboflebită profundă

30. **În poliartrita reumatoidă, contraindicaţiile absolute la metotrexat sunt:** (122)
A. Insuficienţa renală
B. Depresia medulară severă
C. Sarcina şi lactaţia
D. Boala hepatică preexistentă
E. Hipersensibilitatea la metotrexat

31. **În poliartrita reumatoidă la examenul radiologic se evidenţiază următoarele, CU EXCEPŢIA:** (118)
A. Osteoporoză juxta-articulară
B. Sacroiliită minimă cu aspect de pseudolărgire a spaţiului articular
C. Subluxaţii şi luxaţii datorită distrucţiei cartilajelor, capsulelor şi tendoanelor
D. Imaginea de coloană "de bambus"
E. Tumefacţie de părţi moi periarticulare

32. **Următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea corticoterapiei în poliartrita reumatoidă sunt ADEVĂRATE:** (120)
A. Se foloseşte ca şi "bridge-therapy" în iniţierea terapiei remisive
B. Se administrează local în articulaţiile mari în care persistă inflamaţia
C. Nu se administrează în manifestările sistemice
D. Au efect simptomatic cu instalare lentă
E. Au efecte adverse neglijabile

33. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea leflunomidei sunt ADEVĂRATE:** (122)
A. Se administrează o dată pe săptămână
B. Este un imunosupresor care acţionează prin inhibarea dihidro-orotat-dehidrogenazei
C. Răspunsul terapeutic este maxim la 4 săptămâni
D. Nu încetineşte progresia radiologică
E. Duce frecvent la reacţii adverse de tip hipotensiune arterială

34. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul balneo-fizical în poliartrita reumatoidă NU sunt adevărate:** (125)
A. Previne osteoporoza şi atrofiile musculare
B. Poate fi aplicat în faza de exacerbare şi în faza de remisiune a bolii
C. Trebuie aplicat doar în faza de remisiune a bolii
D. Trebuie aplicat doar în exacerbare
E. Poate ameliora durerea şi reduce inflamaţia

35. **Artroza se diferenţiază de poliartrita reumatoidă prin următoarele:** (120)
A. Redoare articulară mai mică de 30 de minute
B. Durerea se accentuează după efort
C. Afectare simetrică articulară
D. Prezenţa factorului reumatoid în artroză
E. Prezenţa osteofitelor în artroză

36. **În poliartrita reumatoidă, sindromul Felty se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (117)
A. Neutrofilie
B. Neutropenie
C. Splenomegalie
D. Cardiomegalie
E. Se asociază cu artrita psoriazică

37. **La un pacient diagnosticat cu poliartrită reumatoidă ce prezintă contraindicaţii pentru metotrexat, tratamentul se va face iniţal cu:** (124)
A. Leflunomidă
B. Sulfasalazină
C. Se va trece imediat la terapia remisivă biologic
D. Glucocorticoizi pe o perioada mai mare de 6 luni
E. Leflunomida sau sulfasalazină în monoterapie sau în combinaţie

38. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la rituximab sunt ADEVĂRATE:** (124)
A. Este un anticorp monoclonal complet umanizat
B. Este îndreptat împotriva receptorului CD 28 de pe suprafaţa limfocitului T
C. Folosit cu success în tratarea limfoamelor Hodgkin
D. Ameliorează simptomatologia clinică în poliartrita reumatoidă şi opreşte progresia leziunilor structurale
E. Se administrează intravenos

39. **Următoarele afirmaţii cu privire la certolizumab sunt FALSE:** (123)
A. Este un anticorp monoclonal chimeric
B. Este un receptor solubil de TNF-α
C. Este format doar din fragmentul Fab al moleculei de imunoglobulină
D. Se administrează subcutanat la două săptămâni
E. Fragmentul Fab al imunoglobulinei este pegilat

40. **Principalele reacţii adverse ale terapiei cu blocanţi TNF-α sunt, CU EXCEPŢIA:** (124)
A. Agravarea insuficienţei cardiace
B. Fibroza pulmonară
C. Risc de a dezvolta neoplazii
D. Fibroza hepatică
E. Risc crescut de reactivare a tuberculozei

41. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la tratamentul chirurgical în poliartrita reumatoidă sunt ADEVĂRATE:** (125)
A. În stadiile tardive se apelează la sinovectomii
B. Sinovectomiile se aplică în cazul unor articulaţii afectate, rezistente la tratamentul medicamentos
C. În stadiile precoce, artroplastia cu protezare totală a articulaţiei este singura metodă de ameliorare a statusului funcţional al pacientului
D. Rupturile tendinoase necesită intervenţie chirurgicală
E. În stadiile tardive distrucţia articulară este avansată

42. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la afectarea oculară în poliartrita reumatoidă sunt specifice:** (117)
A. Apariţia iridiociclitei
B. Apariţia scleromalaciei perforans
C. Afectare oculară secundară tratamentului cu leflunomidă
D. Apariţia keratoconjunctivitei sicca
E. Apariţia episcleritei.

43. **Care dintre următoarele NU sunt trăsături caracteristice importante ale spondiloartritelor:** (129)
A. Oligoartrita simetrică
B. Dactilita
C. Inflamaţia intestinală şi cutanată
D. Entesita
E. Leziunile cutanate şi genitale

44. **În spondilita anchilozantă, episoadele de uveită acută anterioară se manifestă prin următoarele:** (135)
A. Sunt frecvent bilaterale
B. Se manifestă doar prin edematierea irisului
C. Irisul apare decolorat comparativ cu cel controlateral

D. Pupila are aspect neregulat şi este mărită
E. Pupila este mică şi cu aspect neregulat în prezenţa sinechiilor

45. **Criteriile clinice New York pentru diagnosticul spondilitei anchilozante sunt:** (137)
A. Limitarea mişcării coloanei lombare în plan sagital şi frontal
B. Sacroiliită unilaterală gradul 3-4
C. Durere lombară joasă şi redoare de mai mult de 3 luni
D. Sacroiliită > gradul 2, bilaterală
E. Toate de mai sus reprezintă criterii clince

46. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la evoluţia spondilitei anchilozante sunt ADEVĂRATE:** (137)
A. Debutul precoce al bolii este asociat cu un grad mai mic de severitate
B. Formele juvenile sunt marcate de afectarea articulaţiilor axiale
C. Prezenţa iritei recurente este un factor de prognostic negativ
D. Debutul juvenil al bolii nu influenţează în nici un fel evoluţia bolii
E. 15% dintre pacienţii cu spondilită anchilozantă cu debut la vârstă de 15-16 ani vor necesita în următorii 15 ani proteză de şold

47. **În cazurile severe de spondilită/spondilartrită cu manifestări periferice tratamentul de a doua linie este format din următoarele, CU EXCEPŢIA:** (138)
A. Etanerceptul
B. Metotrexat
C. Glucocorticoizii administraţi parenteral
D. Golimumab
E. Sulfasalazina

48. **Care dintre următorii agenţi biologici NU se administrează în perfuzii intravenoase în spondilita anchilozantă:** (138)
A. Golimumab
B. Etanerceptul
C. Infliximab
D. Adalimumab
E. Certolizumab

49. **Principalele efecte adverse în terapia cu agenţi biologici în spondilita anchilozantă sunt următoarele:** (139)
A. Risc de apariţie a reacţiilor alergice severe
B. Risc scăzut de neoplazii, anti-TNF având rol în apărarea anti-neoplazică
C. Risc de apariţie a anticorpilor anti ADNdc
D. Risc de inducere a imunogenicităţii
E. Risc de boală demielinizantă

50. **Care dintre următoarele afirmații cu privire la examenul radiologic în spondilita anchilozantă NU sunt adevărate:** (136)
   A. Sindesmofitele se datorează calcificării inelului fibros și se caracterizează printr-o dispoziție orizontală între două vertebre
   B. Imaginea de coloană "de bambus" se datorează dispoziției liniare și asimetrice a sindesmofitelor la nivel lombar
   C. Aspectul pătrat al vertebrelor este dat de eroziunea marginilor anterioare, superioare și inferioare
   D. În examinarea articulației sacroiliace, gradul III se caracterizează prin pseudolărgirea spațiului articular
   E. Entesita se exprimă radiologic prin spiculi osoși(pinteni)

51. **În criteriile de clasificare a spondilitelor predominant axiale, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (130)
   A. Brațul imagistic urmărește identificarea sacroiliitei prin CT
   B. Pentru apartenența la acest grup este necesar brațul imagistic plus cel puțin încă un criteriu adițional
   C. Pentru apartenența la acest grup este necesar brațul clinic plus cel puțin încă un criteriu adițional
   D. Pacienții ce aparțin brațului clinic se bazează pe prezența antigenului HLA-DR4
   E. Răspunsul bun la administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene în primele 24-48h face parte din criteriile adiționale pentru spondilita predominant axială

52. **Afectarea cardiovasculară în spondilita anchilozantă se manifestă prin următoarele, CU EXCEPȚIA:** (135)
   A. Insuficiența aortică
   B. Fibrilație atrială
   C. Tulburări de conducere
   D. Crize Adam –Stokes
   E. Miocardită

53. **Administrarea glucocorticoizilor în spondilita anchilozantă se caracterizează prin:** (138)
   A. Administrarea orală are o eficacitate crescută atât în spondilită cât și în celelalte spondiloartrite
   B. Administrarea parenterală este mai eficientă decât administrarea orală
   C. Au efect modificator de boală
   D. Pot fi administrați local intraarticular în artrite periferice
   E. Pot fi administrați intralezional în entesite

54. **Leziunile cutanate psoriazice în artrita psoriazică se caracterizează prin:** (144)
   A. Leziunea cutanată specifică este placardul eritemato-scuamos
   B. Prezența de scuame detașabile fără a lasă sângerări
   C. Apar cu predilecție în zonele de flexie
   D. Apar cu predilecție pe coate și genunchi
   E. Afectarea unghială este mereu însoțită și de leziuni cutanate

55. **Care dintre următoarele asocieri NU reprezintă terapia de elecţie pentru cazurile de artrită psoriazică severă non-responsivă:** (147)
A. Sulfasalazina şi ciclosporina
B. Antiinflamatoarele nesteroidiene şi sulfasalazina
C. Metotrexat şi ciclosporina
D. Sulfasalazina şi glucocorticoizii
E. Ciclosporina şi antiinflamatoarele nesteroidiene

56. **Poliartrita psoriazică se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (143)
A. Asimetria şi predilecţia pentru articulaţiile mici
B. Este caracterizată de posibilitatea conversiei evolutive
C. Are o evoluţie ulterioară limitată la doar câteva articulaţii
D. Este cea mai frecventă manifestare de debut
E. Implică în general articulaţiile mari

57. **În artrita psoriazică la examenul radiologic pot fi identificate urmatoarele elemente caracteristice, CU EXCEPŢIA:** (144)
A. Absenţa osteoporozei juxtaarticulare
B. Etalare în "cupa" a extremitaţilor distale falangiene realizând aspectul tipic de "toc în călimară"
C. Aspectul telescopat al degetelor
D. Resorbţia falangelor proximale în artrita mutilantă
E. Osteoliză cu predilecţie la nivelul metatarsienelor

58. **Factorii de mediu cei mai frecvent incriminaţi în etiologia artritei psoriazice sunt următorii, CU EXCEPŢIA:** (142)
A. Infecţia cu *Klebsiella Pneumoniae*
B. Infecţia cu Streptococul β-hemolitic de tip A
C. Gena PSORS1
D. HLA-DR4
E. Prezenţa HLA-B27

59. **Spondiloartropatia se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (143)
A. Sacroiliita este frecvent bilaterală
B. Asociază sacroiliită şi afectarea coloanei vertebrale cu artrită periferică de tip oligoarticular
C. Asociază durere de tip mecanic
D. Are o evoluţie favorabilă
E. Asociază durere de tip inflamator, redoare şi deficit funcţional

60. **Scorul PASI în artrita psoriazică se caracterizează prin următoarele:** (145)
A. Evaluează afectarea articulară
B. Evaluează prezenţa dactilitei şi entezitei
C. Evaluează eritemul, infiltraţia şi scuamele
D. Fiecare leziune va fi gradată de la 1 la 6
E. 1 pe scara PASI semnifică foarte puţin reprezentat

61. **Afectarea oculară în artrita psorizică se caracterizeaza prin:** (144)
A. Keratoconjunctivita sicca apare de obicei în contextul unui sindrom Sjogren secundar
B. Apariţia iritei este mai frecventă la sexul feminin
C. Episclerita este rar identificată
D. Conjunctivita are o evoluţie nefavorabilă
E. Este una dintre cele mai frecvente manifestări extraarticulare

62. **Prognosticul rezervat în artrita psorizică este dat de prezenţa simultană a următoarelor criterii:** (147)
A. Afectare cutanată, distrucţie articulară, VSH normal, necesar de doze terapeutice mari
B. Doar afectare unghială şi VSH crescut
C. Doar afectare cutanată şi VSH crescut
D. Afectare unghială, distrucţie articulară, VSH crescut, necesar de doze terapeutice mari
E. Afectarea unghială şi VSH-ul crescut sunt două din criterii

63. **Care dintre urmatoarele afirmaţii cu privire la administrarea de metotrexat în artrita psoriazică sunt ADEVĂRATE:** (147)
A. Se administrează subcutanat odată la două săptămâni
B. În administrarea de metotrexat se monitorizează Procolagenul I
C. Reprezintă terapia de primă intenţie
D. Se monitorizează markerii de fibroză hepatică
E. În anumite cazuri este indicată puncţia–biopsie hepatică pentru monitorizare

64. **Tratamentul cu ciclosporină in artrita psoriazică se caracterizează prin, CU EXCEPŢIA:** (147)
A. Influenţează favorabil afectarea cutanată
B. Interferă cu sinteza IL-6
C. Controlează progresia formelor poliarticulare de boală
D. Este necesară dozarea urinară de metanefrine
E. Interferă cu proliferarea keratinocitară

65. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la apariţia alopeciei în LES sunt ADEVĂRATE:** (155)
A. Alopecia este reversibilă în toate formele de LES
B. Alopecia este reversibilă doar în formele subacute de LES
C. În formele cronice de LES întâlnim alopecia ireversibilă
D. În formele acute şi subacute de LES întâlnim alopecia reversibilă
E. Alopecia este legată de administrarea de medicamente citotoxice

66. **Leziunile cutaneo-mucoase din LES se caracterizează prin:** (154)
A. Leziunile subacute sunt iniţial eritematoase, ulterior devin papulo-scuamoase
B. Apariţia eritemului "în fluture" la nivelul eminenţelor malare, sanţului nazo-labial si piramidei nazale este specifică
C. Leziunile subacute sunt dificil de diferenţiat de leziunile lichenului plan

D. Se asociază anticorpilor anti Ro şi anti La
E. Leziunile acute sunt însoţite de hipercheratoză, atrofie şi lasă cicatrici

67. **Care dintre următoarele leziuni cutanate NU sunt specifice LES:** (155)
A. Eritemul generalizat
B. Sindromul Raynaud
C. Paniculita
D. Livedo Reticularis
E. Sclerodactilia

68. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea de antimalarice de sinteză în LES sunt ADEVĂRATE:** (162)
A. Sunt hiperlipemiante
B. Sunt indicate în afectarea cutanată şi articulară şi scade riscul de reactivare al bolii
C. Se impune monitorizare oftalmologică o dată la 3 luni
D. Cel mai utilizat preparat este Naproxenul
E. Efectul se instalează după 6-12 săptămâni şi devine maxim la 6 luni

69. **Pneumonia capilară în LES se caracterizează prin:** (156)
A. Este frecventă, dar se asociază cu o mortalitate scăzută
B. Este asociată cu sindromul antifosfolipidic
C. Este o manifestare rară
D. Asociază frecvent fenomenul Raynaud
E. Este o manifestare rară şi se asociază cu o mortalitate scăzută

70. **Care dintre următoarele afectări neurologice din LES NU sunt de tip periferic:** (157)
A. Meningita aseptică
B. Miastenia gravis
C. Sindromul demielinizant
D. Plexopatia
E. Sindromul migrenos şi hipertensiunea craniană benignă

71. **Afectarea musculoscheletală în LES se caracterizează prin:** (154)
A. Afectarea articulară este întâlnită la 50% dintre pacienţi
B. Pentru pacienţii ce dezvoltă o sinovită impresionantă se va utiliza termenul de RHUPUS
C. Aproximativ 80% dintre pacienţi dezvoltă noduli periarticulari sau la nivelul tendoanelor extensorilor mâinii
D. În evoluţia bolii pot surveni deformări similare celor din poliartrita reumatoidă
E. Afectarea musculară poate fi secundară unei miopatii medicamentoase

72. **Poliserozita în lupusul eritematos sistemic NU se caracterizează prin:** (155)
A. Pleurezia a fost descrisă la aproximativ jumătate dintre pacienţi
B. Revărsatul pleural este de regulă unilateral, în cantitate mică
C. Pleurezia nu se întâlneşte niciodată în lupusul indus medicamentos
D. Pericardita este afectarea cardiacă cel mai frecvent întâlnită în LES

E. Peritonita este mai rar întâlnită în cadrul afectării seroaselor

73. **Care dintre următoarele reprezintă criterii clinice în LES:** (161)
A. Ulceraţii la nivelul cavităţii bucale şi nazale în absenţa altor patologii
B. Sinovită cu afectarea a cel puţin 4 articulaţii
C. Durere de tip pericarditic de cel puţin 3 zile
D. Anemia hemolitică autoimună
E. Trombocitopenie, mai puţin de 150.000/mm3

74. **Anticorpii anti proteină P ribozomală în LES NU se caracterizează prin:** (160)
A. Frecvenţă de 95%
B. Se asociază clinic cu psihoza
C. Sunt nespecifici
D. Nu se corelează cu activitatea bolii
E. Se asociază clinic cu afectarea difuză a SNC

75. **Utilizarea ciclofosfamidei în lupusul eritematos sistemic:** (163)
A. Este indicată în formele severe cu potenţial vital
B. Se administrează în puls lunar timp de 12 luni apoi la 2-3 luni pentru menţinerea răspunsului
C. Este urmată în general de o terapie de întreţinere cu Metotrexat
D. Poate duce la cistită hemoragică
E. Poate induce reacţii adverse hematologice

76. **Care dintre următoarele reprezintă efecte adverse caracteristice ciclosporinei:** (163)
A. Hipertrofie gingivală
B. Insuficienţă ovariană
C. Nefrotoxicitate
D. Cistită hemoragică
E. Hipertensiune arterială

77. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la administrarea de AINS în LES sunt ADEVĂRATE:** (162)
A. Sunt indicate în formele uşoare, ce nu pun în pericol viaţă pacienţilor
B. Coxibii sunt recomandaţi în cazul sindromului antifosfolipidic
C. Piroxicamul poate induce meningită aseptică
D. Ibuprofenul creşte fotosensibilitatea la pacienţii diagnosticaţi
E. Naproxenul este indicat la pacienţii cu risc cardiovascular

78. **Reacţiile adverse specifice în administrarea de micofenolat de mofetil în LES sunt următoarele:** (163)
A. Efecte adverse gastrointestinale
B. Hipertrofie gingivală
C. Risc crescut de infecţii
D. Insuficienţă ovariană

E. Nefrotoxicitate

79. **Care dintre următoarele leziuni din LES sunt specifice cronice:** (155)
A. Leziunile policiclice
B. Leziunile discoide generalizate
C. Paniculita
D. Leziunile papuloscuamoase
E. Lupus bulos

80. **Care dintre următorii anticorpi descrişi în LES NU sunt nespecifici:** (160)
A. Anticorpii anti proteină P ribozomală
B. Anticorpii anti Ro
C. Anticorpii anti Sm
D. Anticorpii anti ADN dc
E. Anticorpii anti Histone

XII. CHIRURGIE GENERALĂ

Complement simplu:

1. **Precizați varianta FALSĂ referitoare la durerea din apendicita acută:** (168)
   A. Poate fi exacerbată de mișcare și mers
   B. Tusea accentuează durerea
   C. Este descrisă poziția antalgică cu coapsa dreaptă în flexie și ușoară abducție
   D. Durerea este de tip colicativ
   E. Poate avea debut brusc sau insidios

2. **Referitor la palparea abdominală, în cadrul apendicitei acute se pot afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:** (168)
   A. Manevra Rowsing reprezintă mobilizarea retrogradă a gazelor, dinspre fosa iliacă stângă spre epigastru, cu localizarea distensiei dureroase la nivelul ceculuI
   B. Punctul Mac Burney se află în plină zonă dureroasă
   C. Semnul iliopsoasului se realizează cu ajutorul rotației interne a coapsei
   D. Durerea, hiperestezia cutanată și apărarea musculară în fosa iliacă dreaptă definesc triada simptomatică Dieulafoy
   E. Triunghiul dureros al lui Iacobovici este delimitat medial de mușchiul drept abdominal

3. **Calea biliară principală este vascularizată printr-un plex pericoledocian format prin anastomoza unor ramuri din arterele, CU EXCEPȚIA:** (173)
   A. Artera retroduodenală
   B. Artera gastroduodenală
   C. Artera hepatică proprie
   D. Artera gastrică dreaptă
   E. Artera cistică

4. **Referitor la hidropsul vezicular, următoarea variantă este ADEVĂRATĂ:** (177)
   A. Reprezintă migrarea unui calcul la nivelul duodenului
   B. Se palpează în hipocondrul drept și este sensibilă la palpare, în tensiune, cu semne de iritație peritoneală
   C. Substratul patogenic este reprezentat de inclavarea unui calcul la nivelul infundibulului
   D. Are o evoluție cu remitere spontană, sigură, cu deplasarea calculului și remiterea simptomatologiei
   E. La ecografie se poate observa imagine hipoecogenă, caracteristică, cu distensia colecistului

5. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la tratamentul litiazei veziculare?** (179)
   A. Existența unui proces aderențial dens pericolecistic impune tratamentul chirurgical laparoscopic în urgență
   B. Standardul de aur este reprezentat de abordul clasic, chirurgical
   C. Tratamentul antibiotic este curativ, cefalosporinele de generația a 3-a fiind de primă linie
   D. În colecistita acută tratamentul chirurgical are caracter de urgență
   E. Colecistendeza şi colecistostomia se realizează la pacienții tineri, cu forme ușoare, care nu necesită colecistectomie

6. **Care sunt cauzele de apariție a calculilor primari din litiaza căii biliare principale?** (181)
   A. Stenozele coledociene înalte
   B. Stricturile inflamatorii ale CBP
   C. Stenozele oddiene
   D. Dilatația chistică coledociană
   E. Toate de mai sus

7. **Următoarea probă biochimică stabilește existența sindromului de retenție biliară:** (182)
   A. Bilirubinemia totală, în care predomină cea indirectă în proporție de 2/3
   B. Colesterolemia cu valori de peste 250 mg/dl
   C. Fosfataza alcalină cu valori peste 150 U.I.
   D. GGT cu valori peste 200 U.I.
   E. Prezența în urină a urobilinogenului

8. **Sindromul coledocian major este definit de prezența triadei Charcot, care se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPȚIA:** (182)
   A. Colica coledociană caracterizată prin violența durerii localizată în epigastru
   B. Febra de tip septic, care precede apariția frisoanelor
   C. Colica coledociană se poate asocia cu vărsături bilio-alimentare, care ameliorează durerea
   D. Icterul se manifestă prin urini hipercrome şi scaune acolice
   E. Icterul poate evolua ondulant

9. **Diagnosticul de pancreatită acută se pune pe baza următoarelor criterii, CU EXCEPȚIA:** (189)
   A. Durerea abdominală localizată, severă, cu sediul în epigastru şi debut insidios
   B. Creşterea activității lipazei serice mai mare de trei ori decât valorile maxime normale
   C. Aspectul caracteristic la CT cu contrast i.v., IRM sau ecografie abdominală
   D. Diagnosticul se pune pe baza a minim 2 criterii
   E. Durerea cu debut acut, persistentă, cu iradiere "în bară"

10. **Care din următorii de mai jos reprezintă un factor metabolic incriminat în etiologia pancreatitei acute?** (190)
    A. Hipoperfuzia tisulară
    B. Lupusul eritematos sistemic
    C. Hiperlipemia
    D. Parotidita epidemică
    E. Pancreas divisum

11. **Referitor la patogeneza pancreatitei acute, activarea prematură a tripsinei în celulele acinare pancreatice se realizează prin următorul mecanism:** (190)
    A. Scindarea tripsinei la tripsinogen prin hidroliza lizozomală cathepsin-B
    B. Eliberarea de factori chemotactici mobilizează celulele inflamatoare în circulație
    C. Creșterea activității inhibitorului intracelular pancreatic al tripsinei
    D. Alterarea mecanismelor de semnalizare şi mediere prin calciu, în celulele acinare
    E. Activarea macrofagelor şi limfocitelor

12. **Care este afirmația FALSĂ referitoare la semnele şi simptomele care caracterizează sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS)?** (192)
    A. Frecvență cardiacă mai mare de 90/min
    B. Frecvență respiratorie mai mare de 20/min sau PaCO2 sub 32mmHg
    C. Hipertermie
    D. Hipotermie
    E. Leucocitoză >20.000/mm^3

13. **Un pacient în vârstă de 59 de ani se prezintă la spital acuzând dureri epigastrice paroxistice cu iradiere în bară. La internare, examenele de laborator sunt: Leucocitoză 21.000/mm^3, glicemia 236 mg/dl, ALT 180 UI/l, LDH 380 UI/l. Conform scorului Ranson, afirmația ADEVĂRATĂ este:** (197)
    A. Pacientul prezintă un scor de 3 puncte
    B. Pacientul prezintă o formă ușoară de pancreatită acută
    C. Pacientul prezintă un scor de 2 puncte
    D. Pacientul prezintă un scor de 4 puncte
    E. Pacientul prezintă o formă severă de pancreatită acută

14. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la indicele CT de severitate în pancreatita acută (Balthazar)?** (198)
    A. Hipertrofia pancreatică focalizată sau difuză, eterogenitate ușoară, prezintă un scor de 2 puncte
    B. Multiplele colecții lichidiene extrapancreatice sau abcesele reprezintă 3 puncte
    C. Pancreasul normal reprezintă 1 punct
    D. Modificările inflamatorii pancreatice şi peripancreatice reprezintă 2 puncte
    E. Modificările inflamatorii peripancreatice importante reprezintă 4 puncte

15. **Care este varianta FALSĂ cu privire la căile de propagare a agentului etiologic în cavitatea peritoneală din cadrul peritonitei primare?** (205)
    A. Hematogenă
    B. Limfatică
    C. Prin perforații
    D. Genitală ascendentă
    E. Transmurală

16. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la durerea din peritonite?** (206)
    A. Este inițial generalizată, difuză, după care se localizează la nivelul proiecției viscerului lezat
    B. Debutul este de obicei insidios, rareori fiind brutal, în plină stare de sănătate
    C. Reprezintă simptomul major, constant
    D. Iradiază „în bară"
    E. Are caracter diferit în funcție de etiologie: durerea este vagă în perforația ulceroasă și intensă în peritonitele primitive

17. **Din punct de vedere etiopatogenic și clinic se disting următoarele forme de peritonite primare, CU EXCEPȚIA:** (210)
    A. Peritonita spontană a copilului
    B. Peritonita pacienților cu dializă peritoneală
    C. Peritonita TBC
    D. Peritonitele biliare
    E. Peritonita spontană a adultului

18. **Care din următoarele este o tulburare cardio-vasculară întâlnită în cadrul complicațiilor peritonitelor?** (213)
    A. Bradicardia
    B. Pulsul rapid și slab
    C. Hipertensiunea arterială, urmare a hipovolemiei
    D. Extremitățile calde, rozate, în faza hipodinamică
    E. Extremitățile cianotice, în faza șocului hiperdinamic

19. **Afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la ocluziile dinamice este:** (218)
    A. Vascularizația intestinului este compromisă
    B. Ileusul paralitic se produce prin ineficacitatea peristaltismului
    C. Sunt date de existența unui obstacol fizic în calea tranzitului
    D. Remisiunea ocluziilor dinamice se obține prin intervenții chirurgicale
    E. Se clasifică în primitive și secundare

20. **Care este cauza ocluziilor mecanice simple ale intestinului subțire?** (219)
    A. Bridele
    B. Tumorile intestinului
    C. Ileusul biliar

D. Hematoamele
E. Toate de mai sus

21. **Complicațiile ocluziilor mecanice sunt, CU EXCEPȚIA:** (225)
A. Pulmonare
B. Renale
C. Peritoneale
D. Șocul hipovolemic și toxico-septic
E. Neurologice

22. **Care NU reprezintă o malformație arterială sau venoasă care poate cauza hemoragie digestivă superioară?** (228)
A. Sindromul Osler-Rendu-Weber
B. Sindromul Mallory-Weiss
C. Leziunea Dieulafoy
D. "Blue rubber bleb nevus syndrome"
E. Watermelon stomach

23. **Care din următoarele afirmații referitoare la formele de HDS este ADEVĂRATĂ?** (229)
A. O pierdere de peste 1000ml de sânge produce șoc hipovolemic sau deces
B. Pentru a se produce melenă sunt necesari minim 500ml sânge
C. O pierdere de 400-500ml sânge necesită internarea bolnavului în spital
D. Hemoragia ocultă este o pierdere de sânge sub 50ml/zi
E. Toate de mai sus

24. **Endoscopia digestivă superioară, utilizată ca metodă de diagnostic în HDS, prezintă următoarele riscuri, CU EXCEPȚIA:** (230)
A. Perforație
B. Tulburări de ritm cardiac
C. Hipoxie
D. Hipertensiune arterială
E. Aspirație

25. **Un pacient în vârstă de 48 de ani se prezintă la spital, în regim de urgență, cu hematemeză. La investigația endoscopică se observă un cheag de sânge aderent la nivelul micii curburi gastrice. Conform clasificării endoscopice Forrest, pacientul se încadrează în:** (231)
A. Tipul Ia
B. Tipul IIb
C. Tipul III
D. Tipul IIa
E. Tipul IIc

26. **Indicatorii unei hemoragii masive sunt, CU EXCEPȚIA:** (232)
    A. Tahicardia de repaus (peste 100 bătăi/min)
    B. Alcaloza
    C. Hematochezia din sursă digestivă superioară
    D. Azotemia
    E. Ortostaza

27. **Este ADEVĂRATĂ următoarea afirmație în legătură cu scorul de severitate Rockall:** (233)
    A. Vârsta cuprinsă între 55 de ani şi 60 de ani reprezintă 1 punct
    B. Pacienții cu un scor de până la 2 puncte au o rată mare de recidivă
    C. Insuficiența renală, hepatică sau metastazele reprezintă 3 puncte
    D. Sângele prezent în tractul digestiv superior, tromb aderent, reprezintă 1 punct
    E. Vasul vizibil sângerând reprezintă 3 puncte

28. **Resuscitarea şi stabilizarea utilizate în managementul hemoragiilor digestive severe presupune, CU EXCEPȚIA:** (233)
    A. Abordul venos adecvat (două canule i.v. groase)
    B. Refacerea volumului circulant folosind regula generală de „2-la-1" însemnând 2 ml de soluție cristaloidă la fiecare ml de sânge pierdut
    C. Corectarea coagulopatiilor
    D. Menținerea normotermiei
    E. Începerea transfuziei de sânge şi derivate

29. **Reprezintă indicații absolute de tratament chirurgical în hemoragia din ulcerele gastro-duodenale următoarele, CU EXCEPȚIA:** (236)
    A. Șocul asociat cu hemoragii recurente
    B. Eșecul tratamentului endoscopic
    C. Sângerările reduse, dar persistente, care necesită mai mult de 3 unități de sânge pe zi
    D. Instabilitatea hemodinamică susținută în ciuda resuscitării
    E. Un grup de sânge rar

30. **Factorii de risc implicați în etiologia cancerului colorectal sunt următorii:** (252)
    A. Dieta bogată în grăsimi şi săracă în fibre
    B. Consumul de alcool şi fumatul
    C. Preparatele hormonale
    D. Infecțiile virale (*Human Papilloma Virus*)
    E. Toate de mai sus

31. **Referitor la stadializarea TNM în cancerului colorectal, următoarea afirmație este ADEVĂRATĂ:** (256)
    A. Stadiul IIB cuprinde: T3 N0 M0
    B. Stadiul 0 cuprinde Tis N0 M0

C. Stadiul IVB cuprinde orice T, orice N, M1a
D. Stadiul IIIA cuprinde T4b N0 M0
E. Stadiul I cuprinde T3-T4, N0, M0

32. **Care din următoarele variante NU este un avantaj al tratamentului neoadjuvant în cancerul de rect local avansat?** (259)
A. Reducerea recurenței locale
B. Îmbunătățirea supraviețuirii
C. Maximizarea conversiei la operabilitate a tumorii rectale
D. Creșterea limitei de rezecție în cancerul rectal jos situat
E. Îmbunătățirea rezultatului funcțional

33. **Care din următoarele de mai jos NU reprezintă o stare precanceroasă a cancerului gastric?** (263)
A. Gastrita cronică atrofică
B. Polipii gastrici
C. Ulcerul gastric
D. Ulcerul duodenal
E. Gastrita hipertrofică

34. **Care este afirmația FALSĂ referitoare la neoplasmul gastric infiltrativ?** (264)
A. Rigiditatea localizată, constantă, afectând mai ales mica curbură
B. Aspectul de „scândură pe valuri"
C. Zona rigidă încastrată, în special pe mica curbură
D. Rigiditatea unghiului micii curburi, pe care-l etalează
E. O imagine lacunară de mici dimensiuni

35. **Care din următoarele de mai jos NU reprezintă o operație radicală complexă a cancerului gastric?** (270)
A. Gastro-colectomia
B. Gastrectomia asociată exciziei lobului stâng hepatic
C. Gastrectomia polară superioară
D. Gastrectomia asociată cu ooforectomie
E. Gastro-pancreatectomia

36. **Caracteristicile clinice ale unei tumori mamare maligne sunt, CU EXCEPȚIA:** (274)
A. Formă neregulată
B. Consistență fermă
C. Aderentă la tegumente și planurile profunde
D. Dureroasă
E. Imprecis delimitată

37. **Care dintre următoarele variante sunt contraindicații absolute ale tratamentului conservator în cancerul mamar, CU EXCEPȚIA?** (279)
A. Două sau mai multe tumori în cadrane separate ale sânului
B. Microcalcificări difuze
C. Macromastie
D. Radioterapie a sânului în antecedente
E. Trimestrul I şi II de sarcină

38. **Avantajele ecografiei în cancerul mamar sunt, CU EXCEPȚIA:** (275)
A. Este neinvazivă
B. Este nedureroasă
C. Nu decelează diferențe de densitate
D. Oferă imagini în timp real
E. Are un cost scăzut

39. **O pacientă cu cancer mamar aflat în stadiul IIIA, conform clasificării TNM, prezintă:** (277)
A. T2 N1 M0
B. Tis N0 M0
C. T3 N1 M0
D. T4 N2 M0
E. T4 N3 M0

40. **Obiectivele tratamentului conservator în cancerul mamar sunt, CU EXCEPȚIA:** (279)
A. Supraviețuire similară cu cea după mastectomie
B. Control local al bolii
C. Obținerea de informații pentru evaluarea prognostică
D. Rezultat estetic bun
E. Este indicat în stadiul III

41. **Eficiența mișcărilor respiratorii în traumatismele toracice se evaluează astfel, CU EXCEPȚIA:** (286)
A. Aprecierea amplitudinii excursiilor peretelui toracic
B. Prin mișcările paradoxale ale peretelui toracic
C. Prezența plăgilor
D. Prin prezența pulsului filiform
E. Caracterul excursiilor peretelui toracic

42. **Referitor la toracostomia cu tub este ADEVĂRATĂ următoarea afirmație:** (287)
A. Reprezintă o manoperă complexă
B. Nu se recomandă pacienților în stare critică
C. Tubul de toracostomie trebuie orientat posterior şi la baza cavității toracice

D. Incizia cutanată se realizează în spațiul 5 intercostal pe linia medioclaviculară
E. Este indicată în pneumotoraxul masiv

43. **Indicațiile tratamentului chirurgical în traumatismele toracice sunt:** (288)
A. Hemoragia
B. Leziunile majore ale căilor aeriene
C. Leziunile cordului
D. Leziunile esofagului
E. Toate de mai sus

44. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ cu privire la fracturile costale simple?** (289)
A. Interesează de obicei arcul costal posterior
B. Cele mai expuse coaste sunt cele superioare, I-IV
C. Tratamentul constă în analgezice minore și kinetoterapie respiratorie
D. În fracturile costale simple se întâlnește respirația paradoxală
E. Tratamentul constă în fixarea internă prin osteosinteză costală

45. **Care este afirmația FALSĂ referitoare la hemotorace?** (291)
A. Reprezintă acumularea de aer în cavitatea pleurală
B. Apare în urma unor contuzii sau plăgi toracice
C. Cel mai frecvent sunt lezate vasele intercostale
D. Tratamentul constă în toracostomie și drenaj pleural aspirativ
E. Consecința imediată a acumulării sângelui în cavitatea pleurală este colabarea plămânului

46. **Care este afirmația FALSĂ cu privire la rupturile pulmonare?** (292)
A. Sunt produse de coaste fracturate, arme albe sau proiectile
B. Majoritatea cazurilor se însoțesc de ruptură pleurală cu tablou de hemo-pneumotorax
C. Se pot produce prin creșterea bruscă a presiunii pe căile respiratorii
D. Ruptura concomitentă a unor bronhii și vene pulmonare determină embolie gazoasă
E. Tratamentul impune combaterea durerii, kinetoterapie respiratorie activă și stimularea tusei și a expectorației cu suport ventilator

47. **Care este afirmația FALSĂ referitoare la leziunile ductului toracic?** (294)
A. Se însoțesc de leziuni vertebrale
B. Se acumulează rapid limfă în mediastin
C. După toracocenteze evacuatorii repetate se instalează malnutriția proteincalorică și tulburări imunologice
D. Lichidul pleural este lăptos, vâscos, cu pH alcalin
E. În limforagia persistentă se intervine chirurgical

48. **Referitor la leziunile cardiace, următoarele afirmații sunt adevărate, CU EXCEPȚIA:** (294)
   A. Tabloul clinic este dominat de turgescența venelor cervicale, cianoză, hepatomegalie și semnele insuficienței cardio-respiratorii acute
   B. Zgomotele cardiace nu prezintă modificări
   C. Pe ECG se poate observa microvoltaj și aspect de leziune subepicardică în toate derivațiile
   D. Examenul radiologic evidențiază aria cardiacă mărită
   E. Contuziile cardiace prin strivire toracică antero-posterioară sunt mai frecvente decât plăgile cardiace și rămân deseori nediagnosticate

49. **Condițiile cu risc vital imediat în traumatismele toracice care trebuie evaluate la locul accidentului sau în UPU sunt, CU EXCEPȚIA:** (296)
   A. Toracele moale
   B. Tamponada cardiacă
   C. Pneumotoracele în tensiune
   D. Rupturile gastrice
   E. Obstrucția căilor respiratorii

50. **Care este afirmația FALSĂ referitoare la sindromul de compartiment abdominal?** (302)
   A. Apare la pacienții cu traumatisme abdominale grave
   B. Este datorat edemului intestinal și acumulării de fluide în peritoneu
   C. Este definit ca fiind creșterea presiunii intraabdominale >40 mmHg
   D. Se asociază cu disfuncție de organ: cord, plămân sau rinichi
   E. Diagnosticul face necesară decomprimarea imediată a abdomenului

Complement multiplu:

51. **Un pacient în vârstă de 25 ani, sex masculin, se prezintă la medicul de familie cu următoarele semne si simptome: durere (inițial resimțită periombilical iar în prezent este localizată în fosa iliacă dreaptă), anorexie, greață, febră 38,7°C. La examenul obiectiv se observă apărare musculară în fosa iliacă dreaptă iar în urma explorărilor paraclinice se constată o leucocitoză (12.000/mm^3) cu neutrofilie (82%). Conform scorului de evaluare Alvarado, folosit pentru a limita numărul de apendicectomii necesare, pacientul prezintă:** (169)
   A. Un scor total de 9
   B. Un scor total de 10
   C. Un scor total de 8
   D. Probabilitate moderată de a dezvolta apendicită acută
   E. Probabilitate foarte mare de a dezvolta apendicită acută

52. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la examenele paraclinice din apendicita acută?** (168)
A. Leucocitoza peste 20.000/mm³ este semn de perforație
B. Sedimentul urinar este util pentru excluderea unei afecțiuni renale
C. O leucocitoză în jur de 10.000/mm³ cu limfocitoză, este caracteristică apendicitei acute
D. În prezența simptomatologiei tipice, explorările imagistice nu sunt necesare
E. În mod tipic, pacientul prezintă leucopenie (<4000/mm³)

53. **Diagnosticul diferențial al apendicitei acute se face cu următoarele afecțiuni chirurgicale:** (169)
A. Adenita mezenterică
B. Diverticulita Meckel
C. Invaginația intestinală
D. Pielonefrita
E. Salpingita

54. **Care sunt afirmațiile FALSE referitoare la tratamentul apendicitei acute?** (170)
A. Blocul apendicular reprezintă o urgență chirurgicală fiind necesară intervenția chirurgicală în primele 48 ore
B. Se poate realiza atât clasic cât şi minim invaziv
C. Intervenția presupune evidențierea bazei apendicelui, ligatura mezoului şi ligatura plus secționarea apendicelui
D. Abordul clasic este de preferat față de abordul laparoscopic, având numeroase avantaje
E. Abcesul apendicular poate fistuliza la piele sau într-un organ cavitar, mai rar în peritoneu

55. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la manifestările clinice ale apendicitei acute?** (168)
A. Constipația este mai frecventă decât diareea
B. Frisonul şi febra peste 38°C sunt caracteristice în forma catarală
C. Tahicardia este proporțională cu gravitatea infecției şi a temperaturii
D. Anorexia este un semn tardiv, nespecific
E. Durerea este continuă

56. **Din punct de vedere topografic, canalului coledoc i se descriu următoarele:** (172)
A. Partea retroduodenală se află posterior de peretele duodenului 3
B. Partea retropancreatică, în care coledocul coboară printr-un șanț săpat în parenchimul fetei posterioare a capului pancreasului
C. Partea supraduodenală, aflată între foițele omentului mic, împreună cu vena portă, situată posterior şi artera hepatică proprie, aflată la stânga

D. Partea intraparietală, în care coledocul ridică la nivelul mucoasei peretelui postero-medial al duodenului 3 o plică longitudinală, care se termină la nivelul papilei duodenale mari
E. Partea retropancreatică, în care coledocul coboară printr-un șanț săpat în parenchimul feței anterioare a corpului pancreatic

57. **Care sunt afirmațiile FALSE referitoare la tratamentul litiazei veziculare?** (179)
A. Are indicație operatorie, chiar și în condițiile unei simptomatologii minime, datorită potențialului evolutiv
B. Metoda laparoscopică este unanim acceptată ca "standardul de aur" al acestei intervenții
C. Tratamentul antibiotic nu aduce nici un beneficiu, fiind neutilizat
D. Afecțiunile cardio-respiratorii severe pot constitui o contraindicație a intervenției laparoscopice
E. Colecistita acută cu modificări inflamatorii extinse reprezintă o indicație absolută de tratament chirurgical laparoscopic în urgență

58. **Triada Charcot, sugestivă pentru o complicație obstructivă la nivelul CBP, este reprezentată de:** (173)
A. Febră
B. Vărsături
C. Frison
D. Durere abdominală
E. Icter

59. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la manifestările clinice din cadrul litiazei veziculare?** (173)
A. Episoadele dureroase se succed la intervale mici, debutul unei noi colici suprapunându-se peste finalul celei precedente (colici biliare sub-intrante)
B. Pacientul menționează prezența gustului amar matinal
C. Balonările sunt însoțite de dureri abdominale cu caracter continuu
D. Durerea epigastrică iradiază în hipocondrul stâng
E. Prezența triadei Charcot este sugestivă pentru o complicație obstructivă interesând calea biliară principală

60. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la explorările imagistice din cadrul litiazei veziculare sunt ADEVĂRATE?** (174)
A. Ecografia abdominală constituie explorarea esențială pentru diagnostic
B. Cu ajutorul radiografiei abdominale putem face diagnosticul diferențial cu litiaza renală dreaptă: calculii renali se proiectează anterior de coloană iar cei veziculari posterior de coloană
C. Colangiografia constă în examinarea căilor biliare opacifiate prin prezența unei substanțe de contrast

D. Scintigrafia biliară cu Technețiu furnizează o evaluare anatomică şi funcțională a ficatului, căilor biliare, colecistului și duodenului
E. CT şi RMN reprezintă metodele de elecție în diagnosticarea litiazei veziculare

61. **Referitor la colecistita acută, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (178)
A. Durerile au caracter permanent, cu suprapunerea semnelor de iritație peritoneală
B. Febra (38-38,5°C) și frisoanele sunt expresia stării septice
C. Ascensiunea leucocitară (10.000-12.000/mm^3) este caracteristică
D. Valorile transaminazelor cresc la valori de peste 1000 de unități
E. Tratamentul chirurgical are caracter de urgență

62. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la ileusul biliar?** (178)
A. Este o complicație apărută frecvent la vârstnici
B. Este determinat de migrarea unui calcul voluminos în duoden printr-o cavitate neoformată (fistulă bilio-digestivă)
C. Radiografic se observă imagini hidro-aerice la nivelul căilor biliare
D. Tratamentul este reprezentat de 2 timpi operatori: extragerea calculului prin enterotomie longitudinală și închiderea fistulei bilio-digestive
E. Migrarea unui calcul la nivelul valvei ileo-cecale poate genera o ocluzie intestinală înaltă

63. **Litiaza veziculară este favorizată de următorii factori patologici:** (176)
A. Diabetul
B. Ciroza
C. Bolile hematologice
D. Predispoziția genetică
E. Parazitozele digestive

64. **Referitor la litiaza CBP de origine veziculară, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (181)
A. Este mai frecventă decât cea autohtonă
B. Calculii au consistență fermă, rotunzi, fațetați
C. Calculii veziculari mici ajung în CBP transcistic, iar dacă nu sunt evacuați în duoden determină apariția icterului mecanic
D. Calculii mari pot ajunge la nivelul CBP printr-o fistulă bilio-digestivă
E. În cazul unor boli parazitare se pot forma calculi intrahepatici

65. **Diagnosticul diferențial al litiazei CBP se face cu:** (183)
A. Hepatita acută
B. Ampulomul vaterian
C. Apendicita acută
D. Sarcina extrauterină
E. Icterul din neoplasmul cefalopancreatic

66. **Care sunt criteriile colangiografice care certifică complexitatea unei litiaze?** (186)
   A. Prezența calculilor cu diametru >4cm
   B. Prezența panlitiazei
   C. Prezența megacoledocului aton cu diametrul >2cm
   D. Absența recidivelor litiazice
   E. Dilatația chistică coledociană

67. **Dezobstrucția CBP se poate realiza prin următoarele căi:** (186)
   A. Transcistic
   B. Prin coledocotomie
   C. Prin sfincterotomie clasică
   D. Transhepatic
   E. Prin colecistectomie

68. **Referitor la drenajul coledocian din litiaza de CBP, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (187)
   A. Drenaj transcistic – printr-un tub de dren trecut în CBP, transcistic
   B. Drenajul tip Kehr – tub în formă de T în care ramul lung este exteriorizat în afara peretelui abdominal
   C. Drenajul axial – exteriorizare pe cale transhepatoparietală a tubului de dren
   D. Drenajul transcistic are următoarele avantaje: previne și combate staza și infecția biliară, tratarea unor calculi reziduali
   E. Drenajul de tip Kehr este permis doar pe o perioadă limitată

69. **Pentada Reynolds din angiocolită este caracterizată prin:** (184)
   A. Durere continuă
   B. Febră 39-40°C
   C. Icter
   D. Hipertensiune
   E. Fenomene de insuficiență hepato-renală

70. **Complicațiile litiazei CBP sunt, CU EXCEPȚIA:** (184)
   A. Angiocolită
   B. Ciroza biliară secundară
   C. Pancreatita acută
   D. Ileus biliar
   E. Colecistita acută

71. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la anastomozele bilio-digestive?** (187)
   A. Sunt utilizate în litiazele complexe
   B. Realizează un by-pass între un segment aflat în amonte de o leziune și receptorul digestiv

C. Anastomoza bilio-jejunală este realizată în condițiile prezenței unei stricturi la nivelul CBP
D. Anastomoza bilio-jejunală folosește o ansă jejunală montată în Y, scoasă din circuitul alimentar, anastomozată la bontul biliar restant
E. Anastomoza coledoco-duodenală este utilizată în tratamentul litiazei multiplu recidivante

72. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la forma severă a pancreatitei acute?** (196)
A. Este caracterizată prin insuficiențe de organ unice sau multiple
B. Insuficiențele de organ persistă >48 de ore
C. Se remite spontan
D. Este caracterizată printr-un scor Ranson mai mare de 6 puncte
E. Complicațiile locale sunt frecvente, iar necrozele infectate se însoțesc de mortalități foarte mari

73. **Din punct de vedere clinic, pancreatita acută se caracterizează astfel:** (195)
A. Sunt prezente dureri epigastrice puternice, care cresc până la o intensitate insuportabilă și iradiază „în bară"
B. Grețurile, vărsăturile și sistarea tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze sunt asociate constant
C. Tranzitul intestinal pentru materii fecale și gaze este păstrat
D. Se poate observa distensie abdominală difuză
E. În majoritatea cazurilor se poate observa semnul Cullen și Turner

74. **Un pacient în vârstă de 43 de ani, cu pancreatită acută, prezintă următoarele modificări: creatinină serică 153 μmoli/l, o presiune sistolică a sângelui de 80 mmHg, un pH de 7,24, PaO2/FiO2 145. Conform scorului Marshall modificat, afirmațiile adevărate cu privire la pacient sunt:** (193)
A. Prezintă un scor de 7 puncte
B. Prezintă disfuncție renală
C. Prezintă disfuncție respiratorie
D. Prezintă un scor de 5 puncte
E. Prezintă disfuncție cardiovasculară

75. **Care sunt formele anatomo-clinice de pancreatită acută?** (191)
A. Pancreatita acută edematoasă interstițială
B. Colecția necrotică încapsulată
C. Pseudochistul pancreatic
D. Necrozele pancreatice infectate
E. Pancreatita acută necrotică

76. **Care sunt factorii mecanici implicați în etiologia pancreatitei acute?** (190)
A. Tumorile periampulare
B. Traumatismele pancreatice

C. Obstrucțiile duodenale
D. Ingestia de alcool
E. Periarterita nodoasă

77. **Agresiunea enzimatică, sub acțiunea citokinelor și a altor factori proinflamatori, declanșează procesul inflamator intrapancreatic prin:** (190)
A. Eliberarea de factori chemotactici mobilizează celulele inflamatoare în circulație
B. Activarea unor molecule de adeziune, celulele inflamatoare aderă la endoteliul capilar
C. Migrarea celulelor inflamatoare în zona de inflamație
D. Activarea macrofagelor și a limfocitelor
E. Extinderea procesului inflamator extrapancreatic, devenind sistemic

78. **Afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la colecțiile necrotice acute din cadrul colecțiilor pancreatice și peripancreatice sunt:** (194)
A. Se dezvoltă după primele 4 săptămâni
B. Survin în evoluția pancreatitelor acute necrotice
C. Se pot infecta
D. Se diferențiază clar de colecțiile lichidiene peripancreatice acute în prima săptămână de boală prin CTCI
E. Pot fi multiple, uneori multiloculare

79. **Referitor la testele biochimice din pancreatita acută, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (195)
A. Amilazele și lipazele serice sunt crescute
B. Relațiile dintre valorile enzimelor serice și severitatea pancreatitei sunt strâns legate
C. Bilirubina crescută și valorile ALT >5 ori decât valorile normale sugerează cauza biliară a pancreatitei
D. Proteina C reactivă cu valori >150 mg/l, la mai mult de 36 de ore de la debut semnifică forma severă de pancreatită
E. Proteina C reactivă permite urmărirea evoluției procesului inflamator

80. **Aspectele CTCI de pancreatită acută sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:** (196)
A. Creșterea în volum a pancreasului prin edem
B. Captarea omogenă a contrastului
C. Desenul „în șuviță" a țesuturilor peripancreatice
D. Colecțiile lichidiene peripancreatice
E. CTCI nu poate oferi informații privind etiologia pancreatitei acute

81. **Un pacient în vârstă de 71 de ani, internat în spital în urmă cu 48 de ore pentru pancreatită acută, prezintă următoarele modificări în prezent: Ca seric 7.6 mg/dl, hematocrit cu 13% mai mic față de valorile de la internare, uree sanguină de 6,2 mg/dl după administrarea de fluide i.v., PaO2 50 mmHg, deficit de baze 6 mEq/l, retenție lichidiană 8 litri. Conform scorului Ranson, care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la pacient?** (197)
   A. Pacientul prezintă un scor de 6 puncte
   B. Pacientul prezintă o formă severă de pancreatită acută
   C. Pacientul prezintă un scor de 7 puncte
   D. Pacientul prezintă o formă moderată de pancreatită acută
   E. Pacientul prezintă un scor de 5 puncte

82. **Tratamentul formelor ușoare de pancreatită acută constă în:** (198)
   A. Reechilibrare volemică
   B. Antibioterapie profilactică
   C. Controlul glicemiei (în mod normal la pacienții fără diabet) care se normalizează în primele 24 de ore de la debut
   D. Menținerea saturației Hb>95%
   E. Controlul durerii și suportul funcțiilor vitale

83. **Tratamentul pancreatitei acute severe în faza tardivă se caracterizează astfel:** (200)
   A. Tratamentul chirurgical este contraindicat în primele 48 de ore de la debut
   B. Standardul pentru necrozele pancreatice infectate este antibioterapia cu spectru larg
   C. În prezența infecției necrozelor pancreatice se impune debridarea și drenajul
   D. Fistulele pancreatico-cutanate persistente se fac la 4-6 luni de la constituire prin anastomoza dintre fistulă și o ansă jejunală în Y à la Roux
   E. În varianta de abordare în etape succesive, se începe cu drenaj percutan și antibioticoterapie

84. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la scorul Ranson?** (197)
   A. Evaluează severitatea pancreatică la internare și la 48 de ore
   B. Un scor mai mic decât 2 semnifică o formă ușoară
   C. Calcularea deficitului de baze este util și folosit la internare
   D. Un scor cuprins între 2 și 6 semnifică forma severă a bolii
   E. Na seric reprezintă un element calculat la 48 de ore de la internare

85. **Următoarele afirmații referitoare la sindromul de disfuncție multiplă a unor organe (MODS) sunt ADEVĂRATE:** (192)
   A. Disfuncția pulmonară apare tardiv în cadrul bolii
   B. Leziunile renale se produc prin ischemie și inflamație
   C. Disfuncția metabolică și de sinteză hepatică este precoce
   D. Afectarea SNC se manifestă prin tulburări ale stării de conștiență, până la comă

E. Disfuncția miocardică este mai gravă când nu sunt afecțiuni cardiace preexistente

86. **Care sunt factorii etiologici vasculari/imuni incriminați în apariția pancreatitei acute?** (190)
A. Deficitul de α1-antitripsină
B. Sindromul Sjögren
C. Debitul cardiac scăzut
D. Parotidita epidemică
E. Hiperlipemia

87. **Diagnosticul diferențial în urgență al pancreatitei acute NU se face cu:** (195)
A. Infarctul entero-mezenteric
B. Ulcerul gastric sau duodenal perforat
C. Apendicita acută
D. Colica renală
E. Infarctul miocardic inferior

88. **Un pacient internat în spital cu pancreatită acută prezintă la examenul CT hipertrofie pancreatică difuză, inflamații atât la nivel pancreatic cât și peripancreatic, multiple colecții lichidiene peripancreatice importante și necroză în proporție de 33%. Conform scorului de severitate Balthazar și a indicelui de necroză, pacientul prezintă:** (198)
A. Un scor de 6 puncte
B. Un scor de 8 puncte
C. Un scor de 9 puncte
D. O formă severă de pancreatită acută
E. O formă ușoară de pancreatită acută

89. **Compensarea funcțiilor vitale din cadrul tratamentului peritonitelor se realizează astfel:** (214)
A. Punerea în repaus a tubului digestiv
B. Prin transfuzii de sânge şi plasmă
C. Prin prevenirea şi combaterea insuficienței respiratorii acute
D. Prin administrarea de concentrații suficient de mari de antibiotice pentru anihilarea condițiilor specifice micromediului intraperitoneal
E. Rezolvarea afecțiunii cauzale

90. **În faza inițială a peritonitelor, la pacienții imunocompetenți sau în peritonite localizate, se pot folosi următoarele antibiotice:** (215)
A. Ampicilină
B. Moxifloxacină
C. Ticarcilina-acid clavulanic
D. Tigecyclina
E. Ertapenem

91. **Care sunt afirmațiile FALSE cu privire la peritonitele terțiare?** (212)
A. Sunt difuze, persistente
B. Răspunsul inflamator depinde de patogenitatea germenilor
C. Organismul nu poate regla cascada inflamatorie
D. Apare pe fondul suprainfectării lichidului de ascită
E. Se însoțesc de contractură musculară și pneumoperitoneu clinic și radiologic

92. **Caracteristicile peritonitei TBC sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:** (211)
A. Debutul torpid, cu febră sau stare subfebrilă
B. Pot fi prezente transpirații matinale, diurne
C. Scădere ponderală
D. Contractura musculară precoce este caracteristică acestei forme
E. Intraoperator se pot evidenția noduli multipli diseminați pe suprafața peritoneului și a epiploonului

93. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la peritonita prin perforație colonică?** (211)
A. Una din formele cele mai grave ale peritonitei
B. Poate fi consecința unei perforații locale
C. Poate fi de cauză diastatică
D. Poate fi localizată la nivelul pelvisului
E. Perforația diastatică se regăseşte cel mai frecvent la nivelul colonului descendent

94. **Următoarele afirmații cu privire la ionograma pacientului cu peritonită sunt ADEVĂRATE:** (208)
A. Nu este modificată
B. Prezintă hipopotasemie, hiponatremie, hipercloremie
C. Hipomagnezemia apare ca urmare a hipoparatiroidismului
D. Hipopotasemia și hiponatremia apar ca urmare a deshidratării și vărsăturilor
E. Hiponatremia apare ca urmare a pierderilor lichidiene în sectorul Randal III

95. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la simptomatologia din cadrul peritonitelor?** (206)
A. Sughițul apare tardiv, prin iritație frenică și distensie hidro-aerică a stomacului
B. Hemoragia digestivă este frecvent întâlnită la debut
C. Vărsăturile sunt rare, inițial bilioase, ulterior alimentare
D. Diareea reprezintă un semn constant în peritonite
E. Oprirea tranzitului pentru materii fecale și gaze este inconstantă

96. **Afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la palparea abdominală din cadrul peritonitelor sunt:** (207)
A. Se poate evidenția apărarea musculară, semn inițial ce poate fi înlocuit în evoluție de contractura abdominală
B. Contractura abdominală este un semn de mare valoare diagnostică

C. Hiperestezia cutanată este rareori prezentă
D. Manevra Blumberg constă în decompresiunea bruscă dureroasă a peretelui abdominal
E. Contractura abdomnială poate lipsi în unele cazuri la bolnavii vârstnici, tarați, aflați sub tratament antibioterapic sau a morfinicelor

97. **Care din următoarele afirmații NU reprezintă o cauză de fals abdomen acut chirurgical?** (212)
A. Infarctul miocardic
B. Ulcerul gastro-duodenal în criză dureroasă
C. Embolia pulmonară
D. Hiperlipemia esențială
E. Ocluzia intestinală

98. **Care din următoarele sunt afecțiuni ale abdomenului acut chirurgical?** (212)
A. Pancreatita acută
B. Infarctul entero-mezenteric
C. Hemoperitoneul atraumatic
D. Tromboflebita splenică
E. Periarterita nodoasă

99. **În peritonita acută sunt recomandate următoarele asocieri de antibiotice:** (215)
A. Cefuroxim + Metronidazol
B. Ciprofloxacin + Metronidazol
C. Ertapenem+ Metronidazol
D. Cefazolin + Metronidazol
E. Levofloxacin + Metronidazol

100. **Hemoleucograma în peritonite poate evidenția următoarele:** (208)
A. Leucocitoză >12.000/mm^3
B. Sub 10% forme imature pe frotiul de sânge periferic
C. Leucopenia este expresia unei insuficiențe medulare
D. Valori fals normale ale hemoglobinei şi hematocritului
E. VSH și proteina C reactivă sunt în mod uzual crescuți

101. **Afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la peritonitele terțiare sunt:** (206)
A. Se subclasifică în 3 categorii
B. Pot avea etiologie fungică
C. Pot fi cauzate de bacterii slab patogenice
D. Reprezintă forma localizată de peritonită
E. Sunt întotdeauna polimicrobiene

102. **Diagnosticul pozitiv de ocluzie intestinală presupune precizarea:** (222)
A. Localizării obstacolului
B. Existenței sau nu a strangulării
C. Diagnosticului etiologic
D. Diagnosticului de gravitate
E. Diagnosticului diferențial

103. **Care sunt formele clinice de ocluzii prin obstrucție?** (222)
A. Ocluzia prin bridă
B. Volvulusul de sigmoid
C. Ileusul biliar
D. Ocluzia prin cancer de colon stâng
E. Strangularea

104. **Referitor la volvulusul de sigmoid putem afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:** (223)
A. Are debut brusc pe crize subocluzive în antecedente
B. Se remarcă asimetria abdomenului, jumătatea stângă fiind mai destinsă
C. Presupune existența în antecedente a unei intervenții chirurgicale la nivel abdominal
D. Se regăseşte triada Rigler: pneumobilie, anse destinse, calcul ectopic opac
E. Reprezintă o complicație majoră a obstrucțiilor intestinale

105. **Care sunt semnele de gravitate ale ocluziilor intestinale?** (220)
A. Stare generală alterată
B. Sepsis
C. Durere intensă
D. Grețuri și vărsături
E. Hiperestezie cutanată

106. **Care sunt cauzele intralumenale ale ocluziei intestinale?** (219)
A. Corpi străini
B. Fecalom
C. Abces
D. Diverticul Meckel
E. Carcinomatoză

107. **Referitor la ocluziile prin strangulare, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (223)
A. Eventrațiile strangulate au o frecvență mai mare la femei
B. Prezența durerii la nivelul herniei cu caracter brusc, cu imposibilitatea reducerii masei herniare
C. În lipsa tratamentului, prezența în sacul herniar a unui segment intestinal strangulat poate duce la necroza ansei în 24-48h
D. Au indicație operatorie amânată

E. Întreruperea tranzitului intestinal pentru materii fecale şi gaze este constantă

108. **Fără tratament, ocluziile mecanice simple ale intestinului subțire se pot complica cu:** (226)
A. Perforații diastatice
B. Peritonite
C. Şoc hipovolemic
D. Necroze
E. Agravarea şocului hipovolemic

109. **În legătură cu presiunile din lumenul unei anse putem afirma, CU EXCEPȚIA:** (225)
A. O presiune peste 30mmHg dă stază capilară şi limfatică
B. O presiune peste 60mmHg dă stază venoasă
C. Presiunea normală a unei anse intestinale este de 10-14mmHg
D. Hiperpresiunea continuă de peste 20mmHg poate conduce în 28 de ore la necroză intestinală
E. O presiune de peste 120mmHg produce ocluzie arterială

110. **Cauzele parietale de ocluzie intestinală mecanică sunt:** (219)
A. Enterite
B. Imperforație anală
C. Invaginație
D. Diverticulită
E. Pancreas inelar

111. **Din punct de vedere clinic invaginația intestinală se caracterizează prin:** (224)
A. Oprirea tranzitului pentru materii fecale şi gaze
B. Dureri abdominale paroxistice
C. Tuşeul rectal identifică invaginația prin prezența de sânge proaspăt pe degetul examinatorului
D. Răsucirea intestinului în jurul axului propriu, total sau parțial
E. Examenul radiologic arată o buclă cu două nivele hidroaerice, „în cioc de pasăre"

112. **Referitor la testele de laborator efectuate în cadrul HDS, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (230)
A. Un hematocrit <30% indică o anemie severă
B. Coagulograma este importantă pentru evidențierea tulburărilor de coagulare de diverse cauze
C. Un raport mai mare de 36 între uree şi creatinină, la un pacient fără insuficiență renală, este sugestiv pentru HDS
D. Hipoglicemia poate fi prezentă prin mecanism compensator suprarenalian în şoc

E. Determinarea hemoragiilor din scaun este un test screening pentru hemoragiile digestive inferioare şi a cancerului pancreatic

113. **Care sunt afirmațiile FALSE referitoare la melenă?** (229)
A. Reprezintă scaun de culoare neagră, gudronată
B. Indică în mod tipic o hemoragie digestivă inferioară
C. Pentru producerea melenei sunt necesari minim 300ml sânge
D. Poate continua câteva zile după ce hemoragia a încetat
E. Are miros fetid

114. **Hemoragia digestivă masivă se definește astfel:** (230)
A. Când sângerarea este însoțită de șoc sau hipotensiune ortostatică
B. Scăderea hematocritului este de sub 5%
C. Înlocuirea a mai mult de 50% din volumul de sânge în 3 ore sau mai puțin
D. Un necesar de transfuzie de sânge mai mare de 150 ml/min
E. Transfuzia a ≥10 unități de sânge în 24 ore

115. **Un pacient în vârstă de 54 de ani se prezintă la spital cu hemoragii la nivelul tractului digestiv superior. La endoscopie se observă o sângerare în pânză, continuă, la nivel gastric. Conform clasificării Forrest, pacientul prezintă:** (231)
A. O sângerare tip IIa
B. O sângerare tip IIC
C. O mortalitate de 11%
D. O sângerare tip Ib
E. O incidență a resângerării >50%

116. **Care sunt pacienții care au un risc crescut de HDS masivă, cu necesitatea internării în terapie intensivă și efectuarea manevrelor endoscopice diagnostice/terapeutice în urgență?** (232)
A. Pacienții care prezintă sângerare secundară, asociată altor boli
B. Pacienții care prezintă semne de hemoragie activă
C. Pacienții cu vârsta peste 60 de ani
D. Pacienții stabili hemodinamic
E. Pacienții cu diverse comorbidități minore asociate

117. **Care sunt scopurile endoscopiei terapeutice din cadrul HDS?** (234)
A. Stratificarea riscului resângerării
B. Controlul unei hemoragii active sau al leziunilor cu risc mare
C. Tratamentul unei hemoragii persistente sau recidivate
D. Identificarea şi localizarea sângerării
E. Efectuarea de biopsii multiple din marginile unui ulcer gastric

118. **Criteriile unui prognostic favorabil într-o hemoragie digestivă superioară NU sunt:** (234)
   A. Vârsta sub 75 ani
   B. Lipsa ascitei
   C. Aspiratul gastric cu sânge proaspăt la o oră de la prezentare
   D. Timp de protrombină crescut
   E. Lipsa bolilor instabile concomitente

119. **Contraindicațiile absolute ale intubației nasogastrice la pacienții cu HDS sunt:** (234)
   A. Traumatisme severe ale feței
   B. Varice şi stricturi esofagiene
   C. Chirurgie nazală recentă
   D. Fractură de bază de craniu
   E. Ingestia de substanțe caustice

120. **Factorii de prognostic nefavorabil pentru hemoragiile din ulcerele gastro-duodenale sunt, CU EXCEPȚIA:** (235)
   A. Vârsta peste 60 de ani
   B. Debutul hemoragic intraspitalicesc
   C. Ulcerul de bulb duodenal anterior
   D. Coagulopatia
   E. Ulcerul gastric înalt pe marea curbură

121. **Indicațiile relative ale tratamentului chirurgical în hemoragia din ulcerele gastro-duodenale sunt următoarele:** (236)
   A. Vârsta înaintată
   B. Refuzul transfuziei
   C. Un grup de sânge rar
   D. Eșecul tratamentului endoscopic
   E. Sângerările reduse, dar persistente, care necesită mai mult de 3 unități de sânge pe zi

122. **Care sunt aspectele majore în prevenirea și tratamentul varicelor esofagiene?** (237)
   A. Predicția pacienților cu risc
   B. Tratamentul hemoragiei active
   C. Prevenirea resângerării (profilaxia primară)
   D. Realizarea șunturilor chirurgicale portosistemice
   E. Realizarea șuntului transjugular portosistemic intrahepatic

123. **Resuscitarea bolnavului din cadrul HDS în situații de urgență cuprinde:** (238)
   A. Corectarea coagulopatiei și a trombocitopeniei
   B. Monitorizarea atentă a semnelor sepsisului și administrarea profilactică de antibiotice

C. Hemostaza prin tamponament
D. Administrarea de Octreotid
E. Asigurarea evacuării tractului digestiv

124. **Contraindicațiile șunturilor portosistemice sunt:** (239)
A. Afecțiunile pulmonare
B. Icterul asociat ascitei și creșterea amonemiei
C. Trombocitopenia severă
D. Icterul asociat ascitei, edeme și atrofie hepatică
E. Toate de mai sus

125. **Contraindicațiile șuntului transjugular portosistemic intrahepatic sunt:** (240)
A. Insuficiența cardiacă congestivă severă
B. Ficatul polichistic
C. Hidrotoraxul
D. Hipertensiunea pulmonară severă
E. Tromboza venei porte cu transformarea cavernomatoasă

126. **Care sunt factorii de risc majori pentru hemoragia semnificativă clinic datorată ulcerului de stres?** (240)
A. Arsurile peste 35% din suprafața corpului
B. Antecedente de ulcer gastro-duodenal
C. Ventilația mecanică mai mult de 48 de ore
D. Traumatismele craniene şi de coloană
E. Coagulopatia

127. **Referitor la leziunea Dieulafoy sunt ADEVĂRATE următoarele afirmații:** (242)
A. Este provocată de o arteră submucoasă, aberantă
B. Se caracterizează prin hemoragii gastrice recidivante
C. Tratamentul definitiv este rezecția chirurgicală
D. Oprirea hemoragiei este posibilă doar prin embolizare
E. Este constituită din vase multiple sanguine submucoase lărgite

128. **Care dintre afirmațiile referitoare la "*Watermelon stomach*" sunt ADEVĂRATE?** (242)
A. Anomalia este mai frecventă la bărbați
B. Se corelează cu boli autoimune precum sclerodactilia și fenomenul Raynaud
C. Este caracterizată prin prezența ectaziilor vasculare la nivelul antrului
D. Ectaziile vasculare sunt liniare, roșii
E. Tratamentul de elecție este reprezentat de rezecția chirurgicală

129. **Care dintre următoarele sunt cauze inflamatorii de hemoragie digestivă inferioară?** (243)
   A. Enterocolitele
   B. Infarctul enteral
   C. Rectocolita ulcerohemoragică
   D. Diverticulitele
   E. Boala Crohn

130. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la hemoragiile digestive oculte și obscure?** (244)
   A. Hemoragia obscură reprezintă o hemoragie de mică intensitate, cu origine cunoscută
   B. Hemoragia ocultă se obiectivează de obicei la testele de rutină
   C. Tratamentul chirurgical nu este necesar
   D. Hemoragia obscură este definită ca o hemoragie de origine necunoscută care persistă după o endoscopie inițial negativă
   E. Dacă sursa sângerării nu poate fi depistată, pacientul va fi tratat pentru anemie feriprivă

131. **Mecanismele fiziologice de apărare ale mucoasei gastrice sunt reprezentate de:** (240)
   A. Secreția de mucus și bicarbonat
   B. Regenerarea rapidă a celulelor deteriorate
   C. Producția de prostaglandine endogene care stimulează secreția de acid clorhidric
   D. Menținerea unui flux de sânge adecvat al mucoasei
   E. Producția de prostaglandine care scade concentrația de fosfolipide și irigația mucoasei

132. **Opțiunile terapeutice în varicele hemoragice sunt:** (237)
   A. Tamponamentul varicelor cu sonda Sengstaken-Blakemore
   B. Șunturile chirurgicale portosistemice
   C. Tamponamentul varicelor cu sonda Linton-Nachlas
   D. Scleroterapia
   E. Tratamentul chirurgical prin ligatura elastică sau aplicarea de hemoclipuri

133. **Un pacient în vârstă de 55 de ani ajunge în regim de urgență la spital acuzând extravazări sanguine pe cale orală. La examenul endoscopic se observă un ulcer gastric la baza căruia este prezentă hematină. Pacientul este conștient, fără comorbidități majore. Conform clasificării Rockall, pacientul prezintă:** (233)
   A. O rată mică a recidivei HDS și o mortalitate scăzută
   B. Un scor de 1 punct
   C. Un scor de 3 puncte
   D. O evoluție nefavorabilă, necesitând profilaxia recidivei hemoragice

E. Necesitatea unei supravegheri continue în terapie intensivă

134. **Care sunt investigațiile imagistice utile în HDS?** (231)
A. Ecografia abdominală cu ecodoppler
B. Angiografia
C. Tomografia computerizată cu substanță de contrast
D. Radiografia toracică simplă
E. Invertografia

135. **Care dintre următoarele sunt simptomele caracteristice cancerului colorectal?** (252)
A. Sângerările rectale
B. Durerile abdominale
C. Sațietatea precoce
D. Modificările tranzitului intestinal
E. Tenesmele

136. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la imagistica din cadrul cancerului colorectal?** (254)
A. RMN reprezintă "gold standardul" în aprecierea stadializării tumorilor rectale
B. Ecografia abdominală ajută la explorarea ficatului, care este sediul principal al metastazelor
C. Urografia intravenoasă poate fi utilizată pentru stabilirea relației tumorii local avansate cu ureterul și bazinetul
D. PET-CT sau PET-RM pot obiectiva invazia locală a unui cancer de colon drept în duodenul II sau stomac
E. Radiografia gastroduodenală cu bariu se folosește numai în caz de incertitudine a naturii metastatice a unei leziuni

137. **Screeningul în cancerul colorectal este recomandat în următoarele cazuri:** (254)
A. Persoanelor peste 60 de ani
B. Persoanelor cu istoric familial de CCR
C. Persoanelor care suferă de rectocolită ulcero-hemoragică
D. Persoanelor cu sindrom de colon iritabil
E. În polipoza familială

138. **Referitor la antigenul carcino-embrionar (ACE), următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (254)
A. Reprezintă analiza de rutină a persoanelor care au risc mediu de a dezvolta cancer colorectal
B. Reprezintă un factor de prognostic pentru pacienții cu CCR
C. ACE >10 ng/ml se corelează cu o supraviețuire redusă
D. ACE nu are valoare în detectarea CCR precoce
E. ACE nu are valoare în diferențierea tumorilor rezecabile de cele nerezecabile

139. **Referitor la clasificarea TNM a CCR, următoarele sunt adevărate, CU EXCEPȚIA:** (255)
   A. T1 reprezintă tumora care penetrează muscularis mucosae și invadează submucoasa;
   B. T4 reprezintă tumora care invadează subseroasa sau țesutul perirectal subperitoneal;
   C. N1b metastazează în 4-6 ganglioni limfatici regionali;
   D. M1 reprezintă metastaze la distanță;
   E. Stadializarea TNM cuprinde 4 stadii în funcție de cei 3 parametri (T, N, M).

140. **Care dintre următoarele sunt manifestări acute din cadrul complicațiilor cancerului colorectal?** (257)
   A. Obstrucția
   B. Metastazarea
   C. Sepsisul
   D. Hemoragia
   E. Perforația

141. **Semnele de gravitate cauzate de ocluzia CCR sunt:** (257)
   A. Apărarea musculară
   B. Durerea
   C. Febra
   D. Lipsa tranzitului pentru materii fecale și gaze
   E. Vărsăturile precoce postprandiale cu conținut alimentar

142. **Chimioterapia în CCR este propusă în următoarele cazuri:** (258)
   A. În stadiile incipiente de boală
   B. Dacă tumora este N+ (stadiul III)
   C. Dacă sunt prezente alte semne de prognostic negativ ce favorizează recurența
   D. Dacă există invazie vasculară sau perineurală
   E. Dacă există un grad de diferențiere crescut

143. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la intervențiile chirurgicale din cancerul colorectal?** (258)
   A. Pentru tumorile de colon drept se realizează hemicolectomie dreaptă cu anastomoză ileo-colonică manuală sau mecanică
   B. Pentru cancerul de colon stâng localizat la unghiul splenic se practică colectomie segmentară stângă înaltă, cu anastomoză colo-colică între colonul transvers și cel descendent
   C. Pentru colonul descendent se practică hemicolectomia dreaptă
   D. Pentru cancerele localizate la nivelul colonului sigmoid se practică o colectomie stângă joasă și realizarea unei anastomoze colo-rectale termino-terminale la nivelul vertebrei sacrate 2
   E. Pentru tumorile colonului descendent se ligaturează artera mezenterică inferioară la originea din aortă

144. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la tratamentul cancerului de rect?** (258)
   A. Radioterapia preoperatorie este recomandată pentru neoplasmul rectal subperitoneal pentru tumori T3-T4 și/sau N0 sau N+
   B. Limita distală de rezecție în cancerul de rect este de 5 cm
   C. Abordul minim invaziv în cancerul de rect permite vizualizarea cu ușurință a plexurilor nervoase prezervând astfel sfincterul anal
   D. Ligatura înaltă a pedicolilor vasculari este rezervată doar în cazuri atent selecționate
   E. Intervenția chirurgicală se începe prin explorarea cavității abdominale căutând semne de carcinomatoză peritoneală

145. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la manifestările clinice din cadrul cancerului colorectal?** (252)
   A. Diareea este prezentă preponderent în localizările pe colonul drept
   B. Constipația este prezentă în localizările pe colonul stâng
   C. Scaunele cu mucus și sânge în cancerul de colon stâng, stenozant
   D. Simptomele locale apar mai tardiv în evoluție, fiind mai evidente în cazul cancerului rectal
   E. Falsa diaree este prezentă în leziunile perforante rectosigmoidiene

146. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la evaluarea loco-regională din cancerul colorectal?** (253)
   A. Realizarea tușeului rectal poate detecta și evalua tumori situate la maximum 4 cm de linia dentată
   B. Colonoscopia este cea mai fidelă în decelarea unei leziuni localizate la nivelul rectului
   C. Aspectul imagistic caracteristic al clismei baritate în cancerul colo-rectal va fi prezența de stenoză, nișă sau lacună
   D. Când tumora este dispusă circumferențial apare aspectul caracteristic de "cotor de măr"
   E. Ecografia endorectală poate evalua gradul de infiltrare parietală a tumorii rectale situată sub 8 cm de marginea anală

147. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la nișa malignă?** (265)
   A. Are dimensiuni ample
   B. Pedicul de comunicare îngust
   C. Deformarea peretelui gastric în jurul nișei
   D. Nișa canceroasă se desenează în exteriorul liniei externe a profilului gastric
   E. Este semnul radiologic cel mai important al cancerelor gastrice ulcerate

148. **Referitor la clasificarea aspectului macroscopic endoscopic variat sub care se prezintă cancerul gastric precoce, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (265)
A. Tipul I este superficial, cu o formă infiltrativă pură
B. Tipul IIC este subdenivelat sau erodat, constând în depresiunea puțin adâncă a mucoasei
C. Tipul IIA este supradenivelat, apare ca o bombare în platou, cu o înălțime mai mică decât dublul mucoasei gastrice
D. Tipul III este protruziv ca o excrescență polipoidă sau papilară
E. Tipul III se deosebește de tipul 2C doar prin profunzimea leziunii

149. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la investigațiile serologice din cadrul cancerului gastric?** (266)
A. Creșterea ACE plasmatică la bolnavii operați are semnificație diagnostică pentru recidiva locală
B. Anemia hipocromă, microcitară se întâlnește la bolnavii care prezintă concomitent boala Biermer
C. Se poate observa creșterea IgM și a hepatoglobinei
D. Este prezentă o leucocitoză 10.000-15.000/mm^3
E. Anemie macrocitară determinată de hemoragiile oculte cronice

150. **Referitor la stadializarea AJCC/UICC a cancerului gastric, următoarele variante sunt ADEVĂRATE:** (267)
A. Stadiul II - T2a/b N2 M0
B. Stadiul IA - T1 N1 M0
C. Stadiul IIIB - T3 N2 M0
D. Stadiul IV - T1-3 N3 M0
E. Stadiul IV - orice T, orice N, M1

151. **Tratamentul chirurgical este contraindicat în cancerul gastric în următoarele situații:** (268)
A. Ascită
B. Ganglioni supraclaviculari drepți
C. Prezența metastazelor evidente
D. Stare generală alterată cu cașexie
E. Sepsis

152. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la rezecția gastrică subtotală radicală?** (268)
A. Dacă tumora este juxtapilorică se vor rezeca din duoden 3 cm subpiloric
B. Reprezintă rezecția subtotală gastrică care îndepărtează procesul tumoral în totalitate și la distanță
C. Splina este îndepărtată întotdeauna indiferent de stadiul tumorii
D. Restabilirea continuității digestive se realizează prin anastomoză eso-jejunală termino-terminală sau termino-laterală
E. Închiderea bontului duodenal se va face în bursă sau în sutură dublu strat

153. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la operațiile de ocolire, indicate în cancerul gastric?** (270)
   A. Sunt indicate în cazul cancerelor gastrice foarte extinse, nerezecabile
   B. Reprezintă o intervenție chirurgicală curativă
   C. În cancerul gastric perforat și nerezecabil se pot practica fie sutura simplă sau sutura cu epiploonoplastie
   D. Pentru tumorile aflate la nivelul cardiei se pot folosi endoproteze esofagiene și gastrostome de alimentație
   E. Sunt însoțite de excizia lobului stâng hepatic

154. **Referitor la stadializarea TNM a cancerului gastric, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (267)
   A. T2 reprezintă cancerul care invadează seroasa
   B. T1 reprezintă cancerul limitat la musculară
   C. N2 reprezintă invazia ganglionilor la distanță
   D. T4 reprezintă tumora care invadează organele din jur
   E. T0 reprezintă carcinomul în situ

155. **Referitor la gastrectomia totală radicală sunt ADEVĂRATE următoarele:** (269)
   A. Reprezintă operația prin care se îndepărtează stomacul în totalitate
   B. Indicațiile acestei intervenții sunt relativ rare, controversate
   C. Rezecția cuprinde marele și micul epiploon, splina și toate cele 16 grupe ganglionare limfatice
   D. Restabilirea continuității digestive se realizează prin anastomoză eso-jejunală termino-terminală
   E. Restabilirea continuității digestive se realizează prin anastomoză eso-jejunală termino-laterală

156. **Referitor la rezecția paliativă în cancerul gastric, următoarele enunțuri sunt ADEVĂRATE:** (270)
   A. Prin îndepărtarea tumorii se face o profilaxie eficientă împotriva hemoragiilor secundare tumorii
   B. Scade gradul de intoxicație și caşexie tumorală, în schimb creşte gradul de infecție tumorală
   C. Supraviețuirea la 5 ani depășește 50%
   D. Permite efectuarea unor tratamente complementare operației, ca radioterapia etajului supramezocolic sau tentativa unei chimioterapii paliative
   E. Reprezintă o intervenție chirurgicală de reducere tumorală

157. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la radioterapia din cancerul gastric?** (270)
   A. Determină întârzierea și inhibarea mitozelor și modificări cromozomiale
   B. Cancerul gastric necesită doze minime de radioterapie, structura histologică fiind aproape mereu de adenocarcinom

C. Dozele de iradiere, de ordinul a 60-70 Gy, sunt bine tolerate de mucoasa gastrică și țesuturile sănătoase din jur
D. Își dovedește utilitatea doar ca metodă complementară chirurgiei
E. Reprezintă tratamentul de elecție în tumorile descoperite în stadii incipiente

158. **Referitor la epidemiologia cancerului gastric, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (262)
A. Este mai frecvent la bărbați
B. Se situează pe locul 4 în clasamentul tumorilor maligne ca frecvență
C. Frecvența bolii crește proporțional cu vârsta, înainte de 30 de ani fiind o excepție
D. Din punct de vedere al incidenței și al mortalității, România se află pe o poziție de mijloc
E. Raportul femei/bărbați este de 3/1

159. **Criteriile de selecție pentru reconstrucția sânului cu țesut autolog, în cadrul chirurgiei oncoplastice includ:** (280)
A. Paciente cu morbiditate importantă asociată
B. Paciente cu susceptibilitate la complicații în cazul implanturilor sintetice
C. Pacientele cu cancer de sân bilateral
D. Paciente tinere
E. Paciente ce dispun de puțin țesut autolog pentru reconstrucție

160. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la managementul leziunilor mamare infraclinice?** (281)
A. Leziunile infraclinice nu depășesc în mod obișnuit 3 cm
B. Limita leziunilor depinde de caracterul tumorii și ale glandei mamare
C. Excizia chirurgicală este metoda cea mai sigură
D. Intervenția chirurgicală are atât rol diagnostic cât și rol terapeutic
E. Tratamentul este însoțit întotdeauna de radioterapie preoperatorie

161. **Indicațiile majore ale radioterapiei în cancerul mamar sunt:** (282)
A. Preoperatorie
B. Adjuvantă
C. Paliativă
D. Hormonostimulativă
E. Postoperatorie

162. **Referitor la Oncotype DX, utilizat pentru evaluarea riscului de recidivă și metastazare a cancerului mamar, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (283)
A. Este un test genomic care analizează activitatea unui grup de gene
B. Se poate utiliza în cadrul unui carcinom în situ
C. Se poate utiliza în cazul carcinomului invaziv aflat în stadiu III
D. Se poate utiliza în cazul carcinomului invaziv, negativ pentru receptori hormonali

E. Testul se bazează pe studiul a 5 gene

163. **Următoarele sunt ADEVĂRATE cu privire la boala Paget a sânului:** (283)
A. Reprezintă o formă de carcinom lobular
B. Afectează complexul areolomamelonar
C. Poate fi prezentă scurgerea de la nivelul mamelonului cu caracter piolactescent sau sanguinolent
D. Tratamentul de elecție este reprezentat de chimioterapie
E. Tumora are aspect de lobi separați prin septuri

164. **Complicațiile posibile ale radioterapiei în cancerul mamar sunt:** (283)
A. Edemul brațului
B. Plexopatia brahială
C. Diminuarea mobilității brațului
D. Afecțiunile digestive
E. Afecțiunile cardiace

165. **Implanturile sintetice folosite în reconstrucția sânului după mastectomie sunt indicate la:** (280)
A. Pacientele cu o comorbiditate asociată importantă
B. Pacientele ce dispun de puțin țesut analog pentru reconstrucție
C. Pacientele care solicită în mod special implanturi sintetice
D. Pacientele tinere
E. Pacientele cu cancer de sân bilateral

166. **Care sunt contraindicațiile relative în tratamentul conservator al cancerului mamar?** (279)
A. Boală de colagen
B. Macromastie
C. Microcalcificări difuze
D. Radioterapie a sânului în antecedente
E. Localizare retroareolară a tumorii

167. **Referitor la chirurgia glandei mamare, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (278)
A. În tehnica Patey se conservă ambii mușchi pectorali
B. Mastectomia radicală modificată reprezintă principala tehnică utilizată
C. Elementul care diferențiază tehnicile chirurgicale este modul în care se realizează limfadenectomia axilară și interpectorală
D. În tehnica Madden se rezecă mușchiul mic pectoral
E. În majoritatea cazurilor se folosește drenaj postoperator aspirativ

168. **O pacientă în vârstă de 41 de ani este diagnosticată cu cancer mamar T1b N0 M0. Conform clasificării TNM a cancerului mamar, pacienta prezintă:** (277)
A. O tumoră cu diametrul de 15mm
B. Invazia ganglionilor subclaviculari
C. O tumoră cu diametrul de 7mm
D. Invazia ganglionilor mamari interni
E. Lipsa metastazelor la distanță

169. **Care dintre următoarele variante sunt factori de risc exogeni în apariția cancerului mamar?** (274)
A. Estrogenul administrat în doză mare, o perioadă îndelungată de timp
B. Administrarea pe o perioadă mai lungă de 10 ani a contraceptivelor orale la femeile tinere
C. Medicația hormonală de substituție în post menopauză
D. Prima naştere la vârstă înaintată
E. Intervalul între menarhă şi menopauză, cu cât el este mai lung, cu atât riscul este mai mare

170. **Caracteristicile ecografice care sugerează malignitatea leziunii mamare sunt următoarele:** (275)
A. Aria lacunară de formă neregulată
B. Ecostructura omogenă
C. Prezența spiculațiilor și a haloului gros hiperecogen
D. Dimensiunea verticală mai mică decât dimensiunea orizontală
E. Delimitarea imprecisă a tumorii

171. **Afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la imagistica folosită în cancerul mamar sunt:** (275)
A. Imagistica prin rezonanță magnetică este tehnica cu cea mai mare sensibilitate folosită la persoanele tinere cu structură densă a glandei mamare
B. Galactografia este mamografia efectuată după injectarea de substanță radioopacă în canalele galactofore
C. Mamografia digitală poate folosi o gamă mai largă de expuneri astfel încât diferențele mici între 2 țesuturi devin evidente
D. Anomaliile tumorii maligne pot fi evidențiate folosind trasori metabolici marcați cu emițători de pozitroni
E. Rezoluția imaginilor tomografice este superioară celei obținute prin mamografie

172. **Tratamentul chirurgical al leziunilor hepato-biliare este însoțit de următoarele complicații postoperatorii:** (303)
A. Necroze hepatice
B. Fistule biliare
C. Ileus biliar
D. Colecții biliare perihepatice

E. Hemobilia

173. **Referitor la traumatismele utero-anexiale, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (309)
   A. Leziunile uterului la femeia gravidă sunt mai rare decât leziunile uterului negravid
   B. Avortul sau naşterea prematură sunt frecvente şi se produc la scurt timp după accident
   C. Ruptura uterului gravid este caracterizată prin hemoragie intraperitoneală gravă
   D. Diagnosticul se pune pe baza examenelor radiologice urmate de puncţie peritoneală
   E. Hemoragia postpartum sau postabortum face necesar chiuretajul uterin şi administrarea de ocitocice

174. **Referitor la traumatismele vezicii urinare, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:** (308)
   A. Sunt urmarea unor contuzii cu vezica urinară plină
   B. Se însoţesc de fracturi ale oaselor bazinului în majoritatea cazurilor
   C. În ruptura peretelui posterior al vezicii, urina ajunge în spaţiul Retzius
   D. Hematuria şi disuria sunt prezente la majoritatea pacienţilor
   E. Rupturile vezicale intraperitoneale sunt urmate de disurie cu piurie

175. **Care sunt afirmaţiile ADEVĂRATE cu privire la traumatismele renale?** (307)
   A. Leziunile pediculului renal sunt cele mai rare dintre traumatismele renale
   B. Hematuria este simptomul cel mai constant
   C. Avulsia pediculului renal se manifestă prin şoc hipovolemic şi apariţia unei mase care creşte rapid în volum, pe flancuri
   D. În cazul în care pacientul este instabil hemodinamic sau cu leziuni renale majore la CT, se impune tratament conservativ
   E. În situaţii extreme se poate realiza nefrectomia cu reconstrucţia renală "ex vivo"

176. **Care sunt afirmaţiile ADEVĂRATE despre contuziile ureterale?** (308)
   A. Pot evolua spre necroză şi stenoză
   B. Pot evolua spre vindecare cicatriceală cu fistulizare secundară
   C. Tratamentul constă în debridarea ţesuturilor devitalizate cu sutură protejată cu tub tutore siliconat ureteral
   D. În leziunile ureterului mijlociu se realizează reimplantarea vezicală printr-o tehnică antireflux
   E. În leziunile extinse se poate realiza plastia ureterală cu ansă ileală

177. **Tratamentul fracturilor pelvine deschise necesită:** (307)
   A. Drenaj deschis
   B. Stabilizare osoasă prin osteosinteză sau fixatoare externe
   C. Colostomie derivativă distală

D. Drenaj urinar prin sondă vezicală sau cistostomie
E. Debridare largă a țesuturilor devitalizate

178. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la leziunile vaselor mari sunt ADEVĂRATE?** (305)
A. Hematoamele retroperitoneale centrale, între marginile laterale ale rinichilor și șanțurile parietocolice
B. Hematoamele retroperitoneale laterale, între marginile mediale ale rinichilor de la hiatusul diafragmatic la bifurcația aortei
C. Diagnosticul se face prin CT abdominal cu contrast și timp urografic
D. Plăgile produse prin arme albe sau împușcare se explorează direct chirurgical de rutină
E. La tușeul rectal sau vaginal se poate decela bombarea țesuturilor perirectale sau perivaginale

179. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la investigațiile paraclinice din cadrul traumatismelor abdominale?** (299)
A. Tomografia computerizată este examinarea standard în traumatismele abdominale grave
B. Examenul ecografic se realizează de urgență în UPU, în 3 incidențe: standard, hipocondru drept și stâng respectiv pelvis (FAST)
C. Puncția abdominală simplă sau puncția-lavaj, ghidată ecografic, are cea mai mare utilitate în cazul hemoragiilor interne
D. Laparotomia exploratorie este indicată în toate situațiile în care suspiciunea de leziune viscerală nu poate fi altfel obiectivată
E. Radiografia abdominală simplă reprezintă investigația de primă intenție fiind cea mai sensibilă explorare

180. **Leziunile viscerale abdominale se manifestă prin următoarele sindroame traumatice:** (299)
A. Șoc cardiogen
B. Șoc traumatic
C. Sindrom de iritație peritoneală
D. Hemoragie internă
E. Sepsis

181. **Contuziile abdominale se pot produce prin:** (297)
A. Percuție
B. Compresiune
C. Decelerație
D. Împușcare
E. Înjunghiere

182. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la traumatismele vezicii urinare și ale uretrei?** (308)
   A. Durerile abdominale din cadrul leziunilor vezicale sunt inițial localizate subombilical
   B. Rupturile vezicale intraperitoneale sunt urmate de disurie extremă
   C. Leziunile uretrei anterioare se produc prin contuzii pelviene grave, cu fracturi ale bazinului
   D. Leziunile uretrei posterioare se produc prin contuzii perineale
   E. Integritatea uretrei se explorează prin uretrografie retrogradă

183. **Referitor la toracotomia de resuscitare, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (288)
   A. Se realizează în UPU prin incizia la nivelul spațiului 4 intercostal stâng
   B. În sângerările majore pulmonare se clampează hilul pulmonar
   C. În embolii se evacuează aerul din aortă iar plăgile cardiace se suturează temporar
   D. Reprezintă o măsură terapeutică eroică, aplicată pacienților care nu pot fi stabilizați până să ajungă în blocul operator
   E. Rezultatele toracotomiei de resuscitare sunt cu un prognostic rezervat în plăgile produse de arme albe

184. **Referitor la gravitatea leziunilor și a hemoragiei din cadrul tratamentului chirurgical în traumatismele toracice sunt ADEVĂRATE următoarele:** (288)
   A. Gravitatea hemoragiei se poate aprecia prin măsurarea drenajului pe tubul de toracostomie
   B. Toracotomia este indicată la o hemoragie inițială >1000 ml
   C. Un aspirat gazos continuu cu imposibilitatea de a realiza volume curente normale și de a expansiona plămânul complet, anunță leziuni grave
   D. Prezența conținutului esofagian sau gastric pe tubul de dren anunță necesitatea intervenției chirurgicale
   E. În urgență, cea mai recomandată metodă terapeutică este toracoscopia videoasistată (VATS)

185. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la fracturile sternale?** (289)
   A. Sunt de obicei cominutive
   B. Sunt de obicei transversale sau cu două fragmente
   C. Sunt reprezentate de durere intensă, spontană și la palpare
   D. Pot fi însoțite de echimoză și hematom local
   E. În fracturile cu deplasare tratamentul este analgezic, antibiotic și observativ

186. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la voletul toracic?** (290)
   A. Poate fi prezentă respirația paradoxală
   B. Respirația pendulară reprezintă creșterea spațiului mort respirator și scăderea ventilației efective din cauza aerului viciat care pendulează intre cei 2 plămâni
   C. Poate fi prezent balansul mediastinal

D. Voletul toracic este rar însoțit de contuzie pulmonară
E. Voletul toracic prezintă mișcări în sensul cutiei toracice și sunt dependente de aceasta

187. **Referitor la pneumotoracele sufocant, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (292)
A. Apare în rupturi pleuro-pulmonare extinse
B. Se produce o acumulare bruscă de aer în cavitatea pleurală
C. Pacientul este cianotic, agitat
D. Pacientul prezintă dispnee cu polipnee
E. Puncția pleurală se face în spațiul II intercostal pe linia medioclaviculară

188. **În contuziile pulmonare grave se descriu următoarele:** (292)
A. Scăderea spațiului mort funcțional
B. Șunt
C. Hipoxemie
D. Hipocapnie
E. Dezechilibre ale raportului ventilație/perfuzie

189. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la leziunile traheobronșice?** (293)
A. Cel mai multe rupturi traheobronșice sunt localizate în vecinătatea carinei
B. Pneumomediastinul consecutiv rupturilor traheobronșice se manifestă prin emfizem subcutanat
C. Leziunile cervicale se manifestă prin răguşeală, stridor, hemoptizie și obstrucție respiratorie
D. Diagnosticul se face prin radiografie toracică în incidență postero-anterioară și de profil
E. Traheostomia crește presiunile din căile respiratorii și poate fi utilă

190. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la leziunile cardiace?** (294)
A. Plăgile transfixiante sunt reprezentate de leziunea peretelui cardiac în totalitate, agentul vulnerant ajungând în cavitățile cordului
B. Ecografia evidențiază o colecție pericardică
C. Intervenția chirurgicală se face prin toracotomie stângă anterolaterală care reprezintă abordul optim
D. În blocul atrio-ventricular complet este necesară stimularea electrică endocavitară
E. Urmărirea enzimelor cardiace se efectuează de rutină la orice pacient care prezintă leziuni cardiace

191. **Contuziile cardiace cu infarct traumatic se produc prin:** (295)
A. Afectare miocardică directă
B. Insuficiență de pompă
C. Anevrisme ventriculare

D. Tamponadă cardiacă
E. Dilacerări ale atriilor

192. **Condițiile cu risc vital imediat în traumatismele toracice, care necesită tratament la locul accidentului sau în UPU sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:** (297)
A. Pneumotoracele în tensiune
B. Pneumotoracele deschis
C. Contuzia pulmonară
D. Rupturile traheobronșice
E. Rupturile diafragmatice

193. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la leziunile diafragmului?** (296)
A. Rupturile diafragmului interesează mai frecvent periferia mușchiului
B. Tabloul clinic este dominat de șocul posttraumatic și hipovolemic
C. Herniile diafragmatice cronice se rezolvă de preferință prin abord abdominal
D. Tabloul clinic poate fi reprezentat de ocluzia intestinală prin strangularea unei anse intestinale herniate intratoracic
E. Riscul major îl constituie complicațiile hemoragice

194. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la explorarea abdominală utilizată în traumatismele abdominale?** (300)
A. Se realizează printr-o incizie mediană xifo-pubiană
B. Se controlează hemoragia prin tamponarea cu câmpuri de laparotomie
C. Se explorează sistematic tubul digestiv prin deschiderea bursei omentale
D. După explorarea peritoneului se trece la inspecția retroperitoneală
E. În retroperitoneu se caută leziunile pancreatice, renale, gastrice

195. **Pregătirea preoperatorie a pacientului în traumatismele abdominale se realizează astfel:** (300)
A. Hipotermia se corectează prin încălzirea blocului operator și a pacientului prin administrarea de fluide i.v. calde
B. Resuscitarea hemodinamică în hemoragii grave se face cu cristaloizi, coloizi și sânge
C. Câmpul operator trebuie pregătit cât mai localizat pe leziune pentru a preveni hipotermia
D. Nu este necesară profilaxia antibiotică preoperator
E. Se preferă transfuziile de plasmă proaspătă congelată și masă eritrocitară a administrării masive de cristaloizi

196. **Referitor la abdomenul deschis, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (302)
A. Edem visceral care face imposibilă închiderea abdomenului
B. Viscerele sunt protejate cu o folie protectoare, acoperită de un burete absorbant și o altă folie impermeabilă

C. Abdomenul poate fi închis utilizând diferite procedee plastice sau materiale protetice
D. Materialele biologice ar putea înlocui în viitor plasele sintetice
E. Avantajul materialelor protetice constă într-un risc scăzut de infecții și fistule intestinale

197. **Tratamentul leziunilor organelor cavitare abdominale se realizează astfel:** (304)
A. Plăgile gastrice pot fi de cele mai multe ori suturate
B. Plăgile intestinale care sunt multiple și extinse sunt tratate prin enterectomie segmentară
C. Plăgile intestinale cu leziuni mezenterice cu devascularizare nu pot fi tratate prin sutură manuală
D. Leziunile rectale nu se suturează
E. În leziunile extinse ale colonului se fac rezecții colonice urmate de anastomoză primară

198. **Referitor la leziunile duodeno-pancreatice, următoarele sunt ADEVĂRATE:** (304)
A. Plastia cu ansă exclusă în Y à la Roux se efectuează pentru leziunile de la nivelul D1
B. Tratamentul conservativ este indicat în leziuni minore, fără semne de peritonită
C. Complicațiile postoperatorii sunt numeroase
D. Pentru leziunile corpului și cozii pancreatice se face pancreatectomia totală
E. Leziunile duodenului și pancreasului sunt sugerate de edemul masiv, petele de steatonecroză și colorarea cu bilă a retroperitoneului

199. **Care dintre următoarele condiții posttraumatice se manifestă cu o simptomatologie șterșă, înșelătoare?** (296)
A. Contuzia miocardică
B. Obstrucția căilor respiratorii
C. Rupturile diafragmatice
D. Tamponada cardiacă
E. Hemotoracele masiv

200. **Tratamentul voletului costal se face prin:** (290)
A. Combaterea durerii
B. Stimularea tusei și a expectorației
C. Intubarea si ventilarea mecanică a pacientului
D. Administrarea de antibiotice și glucocorticoizi profilactic
E. Combaterea hipoxemiei prin presiuni end-expiratorii pozitive (PEEP)

XIII. UROLOGIE

Complement simplu:

1. **Care din următoarele enunţuri referitoare la epidemiologia litiazei reno-ureterale NU este adevărat?** (314)
   A. Prevalenţa variază în funcţie de aria geografică
   B. Prevalenţa este de 3-5 % la bărbaţi şi 5-8 % la femei în ţările din Europa de Vest
   C. Incidenţa este de aproximativ 1,5 % pe an
   D. Vârful incidenţei bolii se înregistrează la indivizi cu vârste cuprinse între 20-50 ani
   E. În ultimele decade s-a constatat o tendinţă la egalizarea raportului B/F

2. **Următoarele teorii fac parte din teoriile litogenezei, CU EXCEPŢIA:** (316)
   A. Teoria matricei organice
   B. Teoria suprasaturării urinare
   C. Teoria factorilor de sedimentare
   D. Teoria nucleului de precipitare
   E. Teoria inhibitorilor cristalizării

3. **Durerea lombară întâlnită în colica renală poate fi, CU EXCEPŢIA:** (318)
   A. Instalată brusc
   B. Unilaterală
   C. Influenţată de poziţie
   D. Paroxistică
   E. Cu iradiere descendentă antero-inferioară

4. **Pacienţii consideraţi „cu risc" în cadrul litiazei reno-ureterale, pot prezenta următoarele, CU EXCEPŢIA:** (319)
   A. Retenţie azotată
   B. Semne de sepsis
   C. Simptomatologie rebelă la tratament
   D. Oligurie/anurie
   E. ITU

5. **Referitor la investigaţiile imagistice în litiaza reno-ureterala, care din următoarele enunţuri este FALS?** (319)
   A. Radiografia reno-vezicală evidenţiază calculi radiotransparenţi
   B. Ecografia reno-vezicală poate evidenţia calculii radiopaci, cât şi pe cei radiotransparenţi- imagine hiperecogenă
   C. Urografia intravenoasă (UIV)- nu se efectuează în colica renală
   D. Examenul CT poate fi util pentru calculii coraliformi
   E. Ureteropielografia retrogradă (UPR)- are ca indicaţie rinichiul mut urografic

Complement multiplu:

6. **În funcţie de aspectul radiologic (pe radiografia reno-vezicală), care dintre următorii calculi sunt radiotransparenţi?** (316)
   A. Acid uric
   B. 2,8 dihidroxiadenina
   C. Oxalat de calciu mono- şi dihidrat
   D. Cistina
   E. Cei de cauză medicamentoasă

7. **Clasificarea litiazei reno-ureterale în funcţie de etiologie NU se împarte în:** (315)
   A. Cauze neobstructive
   B. Cauze non-infecţioase
   C. Cauze genetice
   D. Cauze obstructive
   E. Cauze medicamentoase

8. **Dintre factorii care inhibă cristalizarea şi se elimină în urină, fac parte:** (316)
   A. Pirofosfaţii
   B. Mg
   C. Ca
   D. Citraţii
   E. Cistina

9. **Următorii sunt factori favorizanţi ai litiazei reno-ureterală, CU EXCEPŢIA:** (316)
   A. Antecedentele heredo-colaterale
   B. Infecţiile urinare acute
   C. Mediul: căldura scăzută şi umiditatea excesivă
   D. Sexul feminin
   E. Vârsta: 30-50 ani

10. **Dintre anomaliile anatomice asociate cu apariţia litiazei reno-ureterale, nu fac parte CU EXCEPŢIA:** (317)
    A. Diverticulul caliceal
    B. Strictura ureterală
    C. Sindromul de joncţiune pielo-ureterala
    D. Sindromul Lesch-Nyhan
    E. Nefrocalcinoza

11. **Care dintre următoarele grupuri de pacienţi NU sunt considerate a avea un risc înalt de recidivă a litiazei reno-ureterale?** (317)
    A. Debutul înaintea vârstei de 20 ani
    B. Hipoparatiroidism
    C. Sarcoidoza
    D. Cistinuria (tip A, B, AB)
    E. Acidoza tubulară renală tip 2

12. **Referitor la simptomatologia asociată colicii renale, sunt FALSE următoarele**: (318)
    A. Durere lombară bilaterală
    B. Durerea lombară este influenţată de poziţie
    C. Printre manifestările digestive se enumeră: ileus mecanic, meteorism
    D. Poate asocia fenomene neurologice precum: anxietate
    E. Asociază fenomene cardiovasculare: bradicardie, scăderea TA

13. **Consecinţele prezenţei calculilor în arborele urinar NU sunt reprezentate de:** (318)
    A. Obstrucţie
    B. ITU
    C. Nefrocalcinoza
    D. Acidoza tubulară renală tip 1
    E. Metaplazia uroteliului

14. **Referitor la investigaţiile imagistice din litiaza reno-ureterală NU sunt adevărate următoarele:** (317)
    A. Explorarea izotopică furnizează imagini corticale cu rezoluţie bună pentru a permite morfologia tractului urinar
    B. Ureteropielografia (UPR) se efectuează cu sonda Chevassu, pe care se injectează substanţa de contrast diluată 1:2 cu ser fiziologic
    C. Urografia intravenoasă (UIV) reprezintă „regina explorărilor urologice"
    D. Ecografia reno-vezicală furnizează informaţii morfologice excelente
    E. Specificitatea radiografiei reno-vezicale în litiaza reno-ureterala este de 44-77%

15. **Indicaţiile ESWL sunt:** (322)
    A. Calcul caliceal
    B. Calcul pielic cu diametrul mai mare de 3 cm
    C. Calcul ureteral lombar
    D. Atunci când există o obstrucţie anatomică distal de calcul
    E. Calculii ureterali complicaţi cu infecţii urinare

16. **Tratamentul colicii renale asociază**: (321)
    A. AINS
    B. Prednison în doze mici
    C. Antispastic
    D. Antialgic
    E. Beta-blocant

17. **Referitor la ESWL următoarele enunţuri sunt ADEVĂRATE:** (322)
    A. Condiţiile esenţiale pentru utilizare sunt: calea urinară în aval de calcul să fie liberă şi rinichiul să fie funcţional
    B. Este indicată în calcul pielic cu diametrul mai mare de 3 cm
    C. Este contraindicată în infecţiile de tract urinar necontrolate
    D. În caz de rinichi unic este contraindicat
    E. Complicaţiile sunt în corelaţie cu încărcătura litiazică

18. **Despre tehnicile endourologice: NLP şi URS putem afirma, CU EXCEPŢIA:** (323)
    A. Indicaţiile NLP: calcul cu diametrul sub 3 cm.
    B. Contraindicaţiile NLP: coagulopatii necorectabile
    C. Indicaţiile URS: calculii ureterali lombari
    D. NLP este o metodă de explorare şi/sau tratament instrumental realizată prin abord retrograd al rinichiului
    E. Pentru calculii renali caliceali inferiori avem nevoie de ureteroscop flexibil şi sursa de energie LASER pentru fragmentare

19. **Referitor la litiaza vezicală următoarele enunţuri sunt false, CU EXCEPŢIA:** (324)
    A. Este o litiază cu etiopatogenie locală (litiază de organ)
    B. Factorii incriminaţi în etiopatogenia litiazei primitive sunt: stricturile de uretra, disfuncţii neurogene ale vezicii urinare
    C. Condiţiile patologice cel mai frecvent asociate cu litiaza vezicală secundară sunt: deshidratările de diverse cauze, sindroamele diareice
    D. Clinic, pacientul poate prezenta micţiune întreruptă sau chiar retenţie completă de urină
    E. Litiaza vezicală primitivă este relativ rară şi poate surveni la copii

20. **Referitor la supravegherea pacienţilor cu calculi ureterali putem afirma, CU EXCEPŢIA:** (321)
    A. Este o opţiune dacă calculul nou diagnosticat are <10mm şi nu există indicaţii de îndepărtare activă a lui
    B. Durata nu trebuie să depăşească 60 de zile
    C. În cazul în care pacientul prezintă insuficienţă renală, se recomandă supravegherea calculului
    D. Rinichiul unic nu este o indicaţie de îndepărtare activă a calculului
    E. Dacă durerea persistă în ciuda tratamentului corect, se indică îndepărtarea activă a calculului

XIV. ORTOPEDIE

Complement simplu:

1. **Producerea unei fracturi este legată de existența următorilor factori intrinseci, CU EXCEPȚIA:** (328)
   A. Mărimea și geometria osului
   B. Rezistența la oboseală sau stres
   C. Direcția de acțiune a forței cauzatoare
   D. Capacitatea de absorbție a energiei
   E. Densitatea

2. **Afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la fractura prin torsiune este:** (329)
   A. Determinată printr-un mecanism direct de fractură
   B. Fractura în care forța este aplicată la una din extremitățile osului, cu exagerarea sau regresarea curburii fiziologice
   C. Reprezintă o fractură de stres
   D. Se produc fracturi spiroide ale diafizei, care se pot transforma în fracturi cominutive
   E. Reprezintă fracturi cu smulgere osoasă la punctele de inserție tendinoasă

3. **Din punct de vedere al sediului, fractura 23 – A2 se localizează la nivelul:** (331)
   A. Diafizei humerale
   B. Extremității proximale a tibiei
   C. Extremității distale a radiusului
   D. Diafizei ulnare
   E. Maleolei interne

4. **Referitor la sindromul de compartiment următoarele sunt adevărate, CU EXCEPȚIA:** (337)
   A. Reprezintă o afecțiune care poate pune în pericol viabilitatea membrului
   B. Se produce prin două mecanisme: vasoconstricția activă și colapsul pasiv al capilarelor
   C. Aceste mecanisme determină instalarea unei hipoxii musculare în condițiile unui metabolism aerob
   D. Când presiunea intracompartimentală depășește 30 mmHg indică o perfuzie inadecvată a țesuturilor și impune efectuarea fasciotomiilor de decompresie
   E. Valoarea normală a presiunii intracompartimentale este de aproximativ 10mmHg

5. **Care este afirmația FALSĂ referitoare la cele trei tipuri de leziuni nervoase periferice descrise de Seddon?** (338)
   A. Axonotmezis reprezintă întreruperea axonilor și învelișurilor conjunctive
   B. Neurapraxia este definită ca o pierdere temporară a funcției de conducere nervoasă
   C. Neurotmezis reprezintă întreruperea axonilor și învelișurilor conjunctive

D. Axonotmezis reprezintă întreruperea axonilor și a tecii de mielină, dar cu păstrarea structurilor conjunctive ale nervului
E. Lezarea axonilor, endo- și perinervului, dar cu păstrarea intactă a epinervului reprezintă un subtip al neurotmezis-ului

6. **Un pacient de 58 de ani cu fractură deschisă în 1/3 medie a gambei prezintă o plagă cutanată > 10 cm, cu contaminare masivă și leziuni contuze extinse de părți moi, fractură cominutivă cu acoperire periostală adecvată. Conform clasificării fracturilor deschise Gustilo-Anderson, pacientul prezintă gradul:** (339)
A. I
B. II
C. IIIA
D. IIIB
E. IIIC

7. **Complicațiile locale tardive în fracturile oaselor lungi sunt, CU EXCEPȚIA:** (339)
A. Consolidarea vicioasă
B. Pseudartroza
C. Neuroalgodistrofia reflexă posttraumatică
D. Sindromul de compartiment
E. Necroza osoasă

8. **Afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la reducerea ortopedică a fracturilor este:** (341)
A. Se realizează în fracturile în care deplasarea nu afectează rezultatul funcțional (fracturile de claviculă)
B. Se realizează în fracturile cu deplasare moderată la vârstnici
C. Se realizează pe focar deschis
D. Se poate realiza instrumental, imprimând asupra fragmentului distal deplasări inverse celor produse de forța traumatică
E. Este contraindicată anestezia locală sau regională

<u>Complement multiplu:</u>

9. **Osteosinteza prin hobanaj:** (344)
A. Se realizează prin trecerea unei sârme pe sub capetele broșelor și încrucișarea acesteia în „8"
B. Este indicată în fracturile spiroide sau cu fragment intermediar
C. Este indicată în fracturile diafizare transversale
D. Se folosește în fracturile în care există forțe puternice de tracțiune determinate de mușchii care se inseră pe unul din fragmente
E. Se bazează pe un concept biomecanic în care forțele de tracțiune sunt transformate în forțe de compresie

10. **Avantajele osteosintezei centromedulare sunt:** (346)
    A. Diminuarea agresiunii chirurgicale
    B. Respectarea vascularizației periostale și a hematomului fracturar
    C. Creșterea presiunii intramedulare
    D. Pătrunderea în circulație a conținutului medular
    E. Posibilitatea mobilizării precoce, cu reluarea gamei de mișcări articulare

11. **Dezavantajele fixării externe folosite în fracturile oaselor lungi sunt:** (347)
    A. Riscul de infecție la locul de inserție a fișelor sau broșelor
    B. Stabilitatea limitată în anumite regiuni
    C. Riscul de fractură la locul de inserție a broșelor
    D. Posibilitatea de instalare a redorilor articulare
    E. Îndepărtarea suprafeței și vascularizației endosteale

12. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la neuroalgodistrofia reflexă posttraumatică?** (340)
    A. Se împarte în 3 stadii evolutive
    B. Stadiul distrofic se instalează după 12 luni prin apariția progresivă a atrofiei musculare
    C. Stadiul precoce se instalează în primele 6 luni
    D. Radiografic apare un aspect de osteoporoză „pătată" la nivelul oaselor mici ale mâinii sau piciorului
    E. Scintigrafic există o hipercaptare a trasorului radioactiv în zona interesată

13. **Complicațiile generale ale fracturilor oaselor lungi sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:** (336)
    A. Embolia pulmonară grăsoasă
    B. Bronhopneumonia
    C. Coagularea intravasculară diseminată
    D. Sindromul de compartiment
    E. Leziunile nervoase

14. **Leziunile vasculare produse prin înțeparea arterei de către un fragment osos se încadrează în următoarele stadii de gravitate:** (337)
    A. Penetrarea adventicei, cu fragilizarea peretelui vascular
    B. Secționarea incompletă, cu hemoragie exteriorizată sau închistată
    C. Secționarea completă, cu sindrom de ischemie periferică acută
    D. Lezarea intimei și mediei, cu risc de evoluție spre tromboză
    E. Lezarea celor trei tunici, cu tromboză sau hemoragie secundară

15. **După traiect, fracturile complete pot fi:** (330)
    A. Oblice
    B. Etajate
    C. „În lemn verde"
    D. Impactate

E. Spiroide

16. **Semnele locale ale ischemiei periferice acute sunt:** (337)
    A. Absența sau diminuarea pulsului periferic comparativ cu membrul indemn
    B. Tegumentele palide, reci
    C. Flictenele și zonele de necroză cutanată (semn precoce)
    D. Durerile musculare și parestezиile în sectorul ischemic
    E. Colapsul pasiv al capilarelor

17. **Referitor la mecanismul de producere a fracturilor oaselor lungi, următoarele sunt adevărate, CU EXCEPȚIA:** (328)
    A. Se pot produce prin mecanism direct
    B. Fracturile în axul longitudinal sunt determinate prin mecanismele mixte
    C. Fracturile de stres apar în cazul unui os normal supus unor suprasolicitări repetate
    D. Fracturile prin torsiune în axul longitudinal sunt determinate de un mecanism direct
    E. Fracturile pe os patologic pot fi produse de forțe de intensitate normală

18. **Referitor la vindecarea osoasă secundară (prin formare de calus), următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (333)
    A. Spațiul dintre fragmentele fracturii va fi invadat de vase sanguine de neoformație
    B. În etapa inflamatorie sunt activate mecanismele de semnalizare celulară
    C. Reprezintă forma "naturală" de vindecare a fracturilor oaselor lungi
    D. Etapa calusului dur apare după 2-3 săptămâni
    E. Etapa inflamatorie durează 7-14 zile

19. **Referitor la etapa de remodelare din vindecarea osoasă secundară, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (333)
    A. Rolul principal îl are implicarea osteoclastelor
    B. Poate dura câteva luni sau chiar câțiva ani
    C. Trabeculele osoase plasate anarhic sunt înlocuite de structuri lamelare haversiene
    D. Este sintetizată o matrice care creează condițiile necesare depunerii de cristale de hidroxiapatită
    E. La sfârșitul etapei de remodelare, canalul centromedular devine penetrabil

20. **Următoarele afirmații referitoare la vindecarea osoasă primară sunt FALSE:** (333)
    A. Remodelarea osoasă începe la aproximativ 3-4 săptămâni după producerea fracturii
    B. Ocazional se poate forma o punte osoasă internă, fără etape intermediare de remodelare
    C. Depunerea de țesut osos nou format este fixat direct între fragmentele fracturii
    D. Apare atunci când focarul de fractură este relativ stabil, chiar dacă reducerea fragmentelor nu este anatomică
    E. Remodelarea osoasă este realizată de osteoclaste și condroblaste

21. **Care sunt dezavantajele alezajului?** (346)
    A. Consolidarea prin intermediul unui calus periostal
    B. Îndepărtarea suprafeței și vascularizației endosteale
    C. Pătrunderea în circulație a conținutului medular
    D. Posibilitatea de instalare a redorilor articulare
    E. Creșterea presiunii intramedulare de 5-10 ori

22. **Indicațiile majore ale osteosintezei sunt următoarele:** (343)
    A. Fracturile ireductibile pe cale ortopedică
    B. Fracturile cu consolidare rapidă
    C. Fracturile de olecran
    D. Fracturile oaselor antebrațului
    E. Fracturile pe os patologic

23. **Osteosinteza cu placă și șuruburi este indicată în:** (345)
    A. Fracturile cominutive ale diafizei femurului
    B. Fracturile epifizo-metafizo-diafizare
    C. Fracturile cu pierdere de țesut osos
    D. Fracturile de bazin
    E. Fracturile cominutive ale diafizei femurului

24. **Dezavantajele și complicațiile imobilizării gipsate sunt date de:** (342)
    A. Disconfortul creat de menținerea acesteia pe perioade lungi de timp
    B. Tulburări de circulație, escare, atrofie musculară, osteoporoză
    C. Pierderea alinierii fragmentelor prin lărgirea aparatului odată cu remiterea edemului
    D. Imobilizarea prelungită a pacienților la pat (4-6 săptămâni)
    E. Escare de decubit, infecții pulmonare, tromboză venoasă profundă

25. **Referitor la tracțiunea continuă din cadrul tratamentului ortopedic, următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:** (342)
    A. Se aplică proximal de focarul de fractură
    B. Poate fi transosoasă, cu broșă
    C. Are avantajul urmăririi clinice și radiologice săptămânale
    D. Poate fi cutanată prin intermediul unui bandaj fixat la nivelul membrului, la care se vor atașa greutăți
    E. Când probabilitatea de deplasare a fragmentelor scade, extensia trebuie să fie îndepărtată și înlocuită cu o orteză funcțională

26. **Afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la acordarea primului ajutor în cazul unei fracturi sunt:** (341)
    A. Aplicarea unor măsuri ce diminuează durerea și previn apariția unor noi leziuni secundare, produse de mobilitatea excesivă a fragmentelor
    B. În cazul fracturilor deschise, plăgile trebuie acoperite cu cel mai curat material avut la dispoziție și transportat de urgență într-un centru medical

C. Reducerea fragmentelor în poziție anatomică reprezintă un principiu esențial în acordarea primului ajutor
D. Fracturile multiple pot fi însoțite de pierderi importante de sânge, cu riscul instalării șocului hipovolemic
E. Se pot folosi atele improvizate de tipul bastoanelor sau a umbrelelor, căptușite cu un material moale.

27. **Clasificarea leziunilor vasculo-nervoase după AO cuprinde, CU EXCEPȚIA:** (332)
A. Absența leziunilor vasculo-nervoase
B. Leziunile vasculare segmentare întinse
C. Leziunile circumscrise la un singur grup muscular
D. Leziunile combinate vasculo-nervoase, incluzând amputații traumatice
E. Decolarea tegumentară extinsă

28. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la etapa calusului moale din cadrul vindecării osoase secundare?** (333)
A. Se formează în primele 6-7 zile
B. Este caracterizată de creșterea vascularizației și a celularității la nivelul focarului de fractură
C. Vascularizația bună conduce la diferențierea spre linie condroblastică iar cea deficitară spre linie osteoblastică
D. Osteoblastele nou formate secretă matricea organică, între fragmentele osoase formându-se un calus fibros
E. În zonele în care predomină forțele de tracțiune, diferențierea se face spre fibroblaste

29. **Clasificarea leziunilor musculare după AO cuprinde, CU EXCEPȚIA:** (332)
A. Defecte musculare, dilacerări tendinoase și contuzie musculară extinsă
B. Sindrom de compartiment
C. Necroză cutanată prin contuzie
D. Contuzie în toată grosimea tegumentului, cu pierdere de substanță cutanată
E. Absența leziunilor musculare evidente clinic

30. **Palparea în tabachera anatomică NU poate decela o fractură la nivelul osului:** (334)
A. Piramidal
B. Scafoid
C. Hamat
D. Pisiform
E. Capitat

31. **Evaluarea radiologică în cadrul fracturilor oaselor lungi respectă următoarele reguli:** (335)
    A. Două incidențe – antero-posterioară și latero-laterală
    B. Două articulații – supra- și subadiacente
    C. Două epifize – superioară și inferioară
    D. Două examinări – la diferență de maxim 5 zile
    E. Două segmente – la copii, pentru comparație

32. **Care sunt afirmațiile FALSE cu privire la clasificarea fracturilor deschise Gustilo-Anderson:** (339)
    A. Gradul 2 reprezintă plagă cutanată >1 cm, cu contaminare moderată, fără leziuni extinse de părți moi
    B. Gradul 2 reprezintă plagă >10 cm, cu contaminare masivă
    C. Gradul 3B reprezintă plagă >10 cm, cu pierderi extinse de părți moi, fractură cu cominuție moderată și smulgerea periostului
    D. Gradul 3A reprezintă plagă cu afectarea axului vascular principal
    E. Gradul 3C reprezintă plagă >10cm, cu leziuni asociate ale axului vascular principal

XV. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

Complement simplu:

1. **În trimestrul II de sarcină, consultaţia prenatală cuprinde următoarele, CU EXCEPŢIA:** (352)
   A. Măsurarea greutăţii gravidei, avându-se în vedere o creştere progresivă şi uniformă
   B. Măsurarea înălţimii fundului uterin
   C. Data perceperii primelor mişcări fetale
   D. De la 8 săptămâni de gestaţie se notează frecvenţa şi calitatea bătăilor cordului fetal
   E. Măsurarea circumferinţei abdominale

2. **Care din următoarele NU este inclusă în evaluările testului cvadruplu:** (354)
   A. α-fetoproteina
   B. PAPP-A
   C. βHCG
   D. Estriolul
   E. Inhibina A

3. **Biopsia de vilozităţi coriale implică următoarele riscuri, CU EXCEPŢIA:** (356)
   A. Oligohidramnios
   B. Avort în 0,5-1% cazuri
   C. Malformaţii longitudinale ale membrelor –radiale,ulnare
   D. Malformaţii alc mcmbrclor când biopsia sc face înainte de 14 săptămâni
   E. Hipogenezie oromandibulară

4. **Semnul McDonald se caracterizează prin:** (360)
   A. Creşterea mobilităţii corpului uterin faţă de istm
   B. Înmuierea istmului uterin după 6 săptămâni de gestaţie
   C. Înmuierea colului uterin care îşi modifică consistenţa
   D. La palparea uterină se constată dezvoltarea mai accentuată a unui corn uterin
   E. Consistenţa păstoasă a uterului gravid

5. **Care din următoarele sunt semne pozitive de sarcină:** (359)
   A. Amenoreea
   B. Palparea fătului
   C. Prezenţa mişcărilor active fetale
   D. Mărirea abdomenului
   E. Contracţiile Braxton-Hicks

6. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la procedurile de screening în cancerul de col uterin este ADEVĂRATĂ :** (367)
   A. În intervalul de vârstă 21-29 de ani, se recomandă testarea o dată la 1 an şi constă în examen citologic şi testare HPV
   B. În intervalul de vârstă 21-29 de ani, se recomandă screeningul la 3 ani, doar prin citologie
   C. În intervalul de vârstă 30-64 de ani, se recomandă screeningul citologic la fiecare 2 ani
   D. Oprirea screeningului se face la vârsta de 60 ani
   E. Oprirea screeningului se face la vârsta de 60 ani, doar la pacientele cu screening corespunzător în antecedente: 2 examinări succesive negative

7. **Referitor la controlul periodic după tratament în cancerul de col uterin este ADEVĂRAT:** (372)
   A. Se face la 6 luni în primii 2 ani
   B. După primii 5 ani de la tratament, controlul se va face anual
   C. Examenul Babeş-Papanicolau se va efectua doar în primii 3 ani de la tratament
   D. Controlul periodic se va face la 3 luni în primii 4 ani
   E. Pe termen lung controlul se va face din 2 în 2 ani

8. **Care din următoarele explorări paraclinice este indicată pentru a face diferenţa între leiomiomatoză şi adenomioză:** (374)
   A. Ecografia transvaginală
   B. Ecografia cu infuzie salină
   C. IRM
   D. Histeroscopia
   E. Examinare vaginală combinată cu palpare abdominală

9. **Tumora ovariană cu celule granuloase este:** (378)
   A. O tumoră stromală
   B. O tumoră mezotelială primar stromală
   C. O tumoră mezotelială primar epitelială
   D. O tumoră ovariană cu celule germinative
   E. Un teratom

10. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la tumorile mucinoase ovariene este ADEVĂRATĂ:** (378)
    A. Sunt tumori mezoteliale primar stromale
    B. Pot atinge dimensiuni mari şi sunt bilaterale în 10% cazuri
    C. Sunt dificil de diferenţiat histologic de metastazele tumorale osoase
    D. Prezintă o suprafaţă neregulată
    E. Sunt tumori stromale

11. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la manifestările clinice în sifilisul genital este ADEVĂRATĂ:** (385)
    A. Şancrul moale este o ulceraţie relativ mică, nedureroasă
    B. Şancrul dur este o ulceraţie relativ mică, dureroasă

C. Leziunea primară sifilitică este însoţită de adenopatie inghinală dureroasă
D. Şancrul extragenital poate fi localizat la nivelul pleoapelor sau al degetelor
E. Şancrul primar este acompaniat de microadenopatie generalizată

Complement multiplu:

12. **La examenul genital se pot identifica următoarele:** (351)
A. Insuficienţa cervico-istmică
B. Vicii ale bazinului osos
C. Septuri vaginale
D. Hiperplazie endometrială
E. Condilomatoza vaginală

13. **O gravidă în vârstă de 36 ani, cu amenoree de 22 săptămâni şi cu boli cardiace asociate se prezintă în Unitatea de Primiri Urgenţe pentru sângerări vaginale. La formularul de evaluare a riscului crescut după Coopland se va evidenţia:** (352)
A. Un scor de 5 puncte
B. Risc potenţial de naştere prematură
C. Un scor de 8 puncte
D. Risc sigur de naştere prematură
E. Un scor de 6 puncte

14. **În trimestrul II de sarcină se vor efectua următoarele evaluări, CU EXCEPŢIA:** (325)
A. Din săptămâna 24 de gestaţie se notează frecvenţa şi calitatea bătăilor cordului fetal
B. Se va efectua o cardiotocografie
C. Se măsoară înălţimea fundului uterin
D. Se va realiza scorul Manning
E. Se va nota data perceperii primelor mişcări fetale

15. **Care dintre următoarele se notează cu 2 puncte, fiecare conform scorului PAPIERNIK:** (353)
A. O gravidă cu nivel socio-economic scăzut, talie <1,55 m şi G<45 kg
B. O gravidă ce fumează > 10 ţigări pe zi
C. O gravidă cu metroragii în trimestrul al II-lea
D. O gravidă ce a luat în greutate <5 Kg
E. O gravidă cu malformaţii uterine

16. **În cazul unei gravide cu RH negativ:** (351)
A. Este obligatorie determinarea RH-ului la soţ
B. În caz de anticorpi anti-D absenţi, se va repeta dozarea anticorpilor în săptămâna 20
C. La 28 săptămâni de amenoree se administrează gravidei o doza de imunoglobulină specifică anti-D
D. Repetarea dozării anticorpilor se face între 28-36 săptămâni de amenoree
E. Repetarea dozării anticorpilor se face între 26-34 săptămâni de amenoree

17. **Referitor la biopsia vilozităţilor coriale prin abord transvaginal sunt ADEVĂRATE următoarele:** (356)
   A. Se va utiliza un ac de 35 cm ce se inseră prin fundul de sac vaginal anterior
   B. Ţesutul trofoblastic se recoltează după săptămâna 16
   C. O probă de biopsie conţine cel mult 3 mg de ţesut
   D. Posibilitatea izoimunizării materne este o contraindicaţie
   E. Post biopsie de vilozitaţi coriale se urmăreşte activitatea cardiacă embrionară timp de 30 de minute

18. **Următoarele afirmaţii referitoare la biopsia embrionară preimplantaţională su nt adevărate, CU EXCEPŢIA:** (358)
   A. Prin micromanipulare se vor separa 2 blastomeri
   B. Tehnica permite diagnosticarea unor boli metabolice
   C. Blastomerul se va separa din embrion
   D. Tehnica include incizia zonei pellucida
   E. Există riscul de afectare a dezvoltării embrionului

19. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la cordocenteză sunt ADEVĂRATE:** (357)
   A. Se execută numai după 20 de săptămâni
   B. Injectarea de ser fiziologic în vasul abordat permite diferenţierea arterei de venă
   C. Este indicată în depistarea hidropsului fetal non-imun
   D. La pacientele cu RH-negativ se va administra imunoglobulina anti-RH
   E. Transfuzia intrauterină a fătului este indicată în trombocitopenia autoimună

20. **Următoarele afirmaţii cu privire la efectuarea dublului test în sarcină sunt FALSE:** (354)
   A. Se efectuează de regulă în săptămânile 18-20
   B. Se evaluează PAPP-A si βHCG
   C. Se efectuează de regulă între săptămânile 10-14
   D. Se evaluează α-fetoproteina între săptămânile 18-20
   E. Se evaluează Inhibina A

21. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la palparea fătului sunt ADEVĂRATE:** (361)
   A. Timpul 1 constă în localizarea spatelui fetal în flancul stâng sau drept
   B. Timpul 3 constă în palparea segmentului inferior abdominal, determinarea părţii prezente a fătului şi mobilitatea ei deasupra strâmtorii superioare
   C. Timpul 2 constă în identificarea părţii fetale aflată la nivelul fundului uterin
   D. Timpul 4 stabileşte diagnosticul de prezentaţie
   E. Fătul poate fi palpat mai uşor la multipare

22. **Translucenţa nucală se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:** (362)
   A. Se consideră crescută când are o dimensiune de 1,5 mm
   B. O dimensiune crescută sugerează riscul de aneuploidii fetale
   C. Se măsoară între săptămânile 18-22 de gestaţie

D. Este grosimea maximă a zonei dintre tegument şi ţesutul moale ce acoperă coloana cervicală fetală
E. Alături de free β-HCG din serul matern şi PAPP-A este un test screening de identificare a aneuploidiilor în primul trimestru de sarcină

23. **Care dintre urmatoarele afirmaţii referitoare la contracţiile Braxton-Hicks sunt ADEVĂRATE:** (361)
A. Încep la sfârşitul celui de-al doilea trimestru de sarcină
B. Sunt contracţii nedureroase, dar regulate
C. Devin mai frecvente odată cu progresia sarcinii
D. Produc modificări la nivelul colului uterin
E. Rămân neregulate ca timp şi intensitate pe parcursul sarcinii

24. **Referitor la semnele şi simptomele prezumtive de sarcină, care dintre următoarele NU sunt adevărate:** (361)
A. Hiperpigmentare cutanată şi apariţia aspectului facial de "mască gravidică"
B. Glandele mamare sunt mărite de volum, turgescente şi nedureroase
C. Semnul Chadwick-Jaquemier negativ
D. Percepţia mişcărilor active fetale ce apar mai târziu la primipare
E. Polakiurie cu predominanţă în trimestrul II de sarcină

25. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la metoda de calcul a duratei sarcinii sunt ADEVĂRATE :** (361)
A. În durata exprimată în săptămâni de amenoree sarcina durează 266 zile
B. În durata exprimată în săptămâni de sarcina reală, sarcina durează 280 zile
C. Durata exprimată în săptămâni de amenoree se calculează începând cu prima zi a ultimei menstruaţii
D. Durata exprimată în săptămâni de sarcină reală este echivalentul a 10 luni calendaristice
E. Această formulă se aplică la femeile care au cicluri menstruale regulate la 28 zile

26. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la infecţia cu HPV sunt ADEVĂRATE:** (366)
A. Cea mai frecventă tulpină implicată în cancerul de col uterin este HPV-18
B. Poate fi o infecţie tranzitorie
C. Poate fi o infecţie persistentă
D. Cea mai frecventă tulpină implicată în cancerul de col uterin este HPV-16
E. Tulpinile cu risc mediu de malignitate sunt cel mai frecvent întâlnite

27. **Următoarele afirmaţii cu privire la cancerul de col uterin stadiul IIIA, sunt ADEVĂRATE:** (369)
A. Tratamentul constă în chirurgie radicală urmată de radioterapie postoperatorie
B. Stadiul IIIA are doar tratament radiochimioterapeutic, non chirurgical
C. Se caracterizează prin extensie în 1/3 inferioară a vaginului
D. Se asociază cu invazie parametrială, până la peretele pelvin

E. Se însoţeşte de invazia organelor vecine

28. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la trahelectomia radicală sunt FALSE:** (371)
A. Se asociază cu limfadenectomie pelvină laparoscopică
B. Nu conservă potenţialul fertil al pacientei
C. Se asociază cu menometroragii
D. Este indicată pacientelor diagnosticate cu cancer de col uterin stadiul IIB
E. Se poate complica cu stenoză cervicală

29. **Cancerul de col uterin stadiul IA2 se caracterizează prin următoarele:** (369)
A. Invazie <3 mm în profunzime
B. Invazie >3 mm, dar ≤5 mm în profunzime
C. Extensie >10mm în suprafaţă
D. Este un carcinom invaziv limitat la col
E. Este o tumoră cu invazie parametrială

30. **Următoarele afirmaţii cu privire la cancerul de col uterin invaziv sunt ADEVĂRATE:** (368)
A. Neoplasmul devine clinic evident odată cu stadiul IA1
B. În neoplasmul de exocol apare aspectul specific al colului "în butoiaş"
C. Neoplasmul se poate extinde la nivelul vaginului superior prin contiguitate
D. Neoplasmul devine clinic evident începând cu stadiul IB
E. Parametrele devin infiltrate iniţial în regiunea medială

31. **Cancerul de col uterin, stadiul IIA1 NU se caracterizează prin următoarele:** (369)
A. Invazia a două treimi inferioare vaginale
B. Implică invazia parametrelor
C. Este un carcinom ce depăşeşte limita colului, dar NU până în treimea inferioară a vaginului
D. Extensia în treimea inferioară vaginală, fără invazie parametrială
E. Este o tumoră cu diametru maxim < de 4 cm

32. **Care dintre următoarele NU sunt factori de risc pentru hiperplazia endometrială:** (377)
A. Menarha tardivă
B. Terapia cu Tamoxifen
C. Menopauza precoce
D. Multiparitatea
E. Sindromul ovarelor polichistice

33. **Fibromul uterin subseros se caracterizează prin următoarele CU EXCEPŢIA:** (372)
A. Este înconjurat de o pseudocapsulă formată din ţesut areolar şi fibre musculare comprimate
B. Este o tumoră cu origine la nivelul ţesutului muscular striat

C. Se dezvoltă pe suprafaţa externă a uterului
D. Este situat în imediata vecinătate a endometrului
E. Depăşeşte suprafaţa externă a uterului

34. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la riscul de apariţie al leiomiomatozei uterine sunt ADEVĂRATE:** (373)
A. Fumatul poate avea efect protectiv
B. Menarha precoce scade riscul de apariţie al mioamelor
C. Medroxiprogesteron-acetatul creşte riscul de apariţie al mioamelor
D. Consumul de alcool scade riscul de apariţie al mioamelor
E. Predispoziţia familiă poate avea efect protectiv

35. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la tratamentul medicamentos în leiomiomatoza uterină sunt FALSE:** (375)
A. Modulatorii selectivi ai receptorilor estrogenici au fost utilizaţi în cazul pacientelor aflate în postmenopauză
B. Cea mai eficientă formă de terapie medicală sunt agoniştii de GnRh
C. Modulatorii selectivi ai receptorilor progesteronici au o incidenţa crescută a hiperplaziei endometriale
D. Milfepristona este asociată cu o creştere tranzitorie a enzimelor de hepatocitoliză
E. Tratamentul cu agonişti de GnRh este indicat pe o perioadă de minim 1 an

36. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la chisturile de teacă luteinică NU sunt adevărate:** (378)
A. Apar predominant unilateral
B. Apariţia acestor chisturi este asociată cu prezenţa sarcinii
C. Pot avea dimensiuni maxime de 15 cm
D. Au capacitate de regresie spontană
E. Sunt asociate prezenţei coriocarcinomului

37. **Sindromul endocrin feminizant din cadrul tumorilor active din punct de vedere endocrin se caracterizează prin următoarele:** (379)
A. Hipertrofie clitoridiană
B. Pubertate precoce izosexuală
C. Atrofia sânilor
D. Tulburări menstruale
E. Hirsutism

38. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul în hiperplazia endometrială sunt ADEVĂRATE:** (377)
A. În unele cazuri se poate recomanda şi scădere ponderală
B. În postmenopauză, cazurile cu atipii celulare beneficiază de tratament medicamentos pe o perioadă de 12 luni
C. Tratamentul medicamentos cu progestative poate fi prescris 15 zile/lună timp de 3 luni până la 6 luni

D. Tratamentul chirurgical constă în inserţia unui dispozitiv intrauterin conţinând levonorgestrel
E. În postmenopauză, în cazurile cu atipii celulare se recomandă tratament chirurgical

39. **Prolabarea transcervicală a unui nodul în leiomiomatoza uterină NU se caracterizează prin:** (375)
A. Se întâlneşte în cazul unui fibrom subseros pediculat cu bază mică de implantare
B. Conduita constă în extirparea nodulului
C. Se întâlneşte în cazul unui nodul pediculat cu bază de implantare uterină joasă
D. Apare exacerbarea simptomatologiei după exteriorizarea nodulului
E. Simptomatologia se manifestă prin fenomene de iritaţie peritoneală

40. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la chisturile dermoide sunt ADEVĂRATE:** (378)
A. Sunt bilaterale în 10% din cazuri
B. Sunt tumori ovariene cu celule germinative
C. Principalul risc îl reprezintă hemoragia
D. Este o tumoră de tip stromal
E. Nu are capacitate de malignizare

41. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la vaginoza bacteriană sunt ADEVĂRATE:** (384)
A. Fumatul este un factor favorizant în apariţia vaginozei bacteriene
B. Simptomatologia este marcată de prezenţa unui prurit intens şi senzaţia de arsură vulvo-vaginală
C. Simptomatologia este marcată de prezenţa unui miros vaginal neplăcut de "peşte"
D. Leucoreea este abundentă, neaderentă şi verzuie
E. Reprezintă un dezechilibru complex al florei vaginale normale

42. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la vulvovaginitele fungice NU sunt adevărate:** (383)
A. Se manifestă printr-o leucoree densă, albicioasă şi neaderentă
B. În formele cronice acuzele pot lipsi
C. Terapia de întreţinere în formele recurente se administrează pe o perioadă de 3 luni
D. Obezitatea favorizează proliferarea fungică
E. Nu există întotdeauna o corelaţie între intensitatea simptomelor şi examenul obiectiv

43. **Tratamentul de elecţie în vaginoza bacteriană constă în:** (384)
A. Metronidazol în doză unică
B. Metronidazol de 2 ori pe zi, 7 zile
C. Clindamicină de 2 ori pe zi, 7 zile
D. Doxiciclină de 2 ori pe zi, 14 zile

E. Ceftriaxonă în doză unică

44. **Explorările paraclinice în boala inflamatorie pelvină relevă următoarele:** (386)
A. Culturile cervicale sunt frecvent pozitive pentru *Chlamydia trachomatis* şi *Neisseria meningitidis*
B. Laparoscopia reprezintă metoda de elecţie în cazul unui diagnostic incert
C. Ecografia endovaginală reprezintă standardul de aur datorită posibilităţii unui diagnostic precoce şi de certitudine
D. Laparoscopia permite drenajul abceselor tubo-ovariene şi liza aderenţelor
E. Evidenţierea leucocitozei în secreţia vaginală are o specificitate redusă

Metodologia de calcul a punctajului pentru varianta tip simulare

Calcularea punctajului pentru varianta simulare se face conform metodologiei pentru desfășurarea examenului de rezidențiat pe loc și post în medicină, medicină dentară și farmacie, sesiunea 15 noiembrie 2015

Cele 200 de întrebări sunt de două tipuri, astfel:

a) 25% din total sunt întrebări tip **complement simplu**, cu un singur răspuns corect din 5; se notează fiecare întrebare cu răspuns corect cu 4 puncte; dacă la aceste întrebări candidații marchează mai mult sau mai puțin de un răspuns corect, întrebarea se anulează (punctaj 0); **Total punctaj complement simplu**: 200

b) 75% din total sunt întrebări tip **complement multiplu** cu 2-4 răspunsuri corecte; fiecare întrebare cu răspunsuri corecte este notată cu 5 puncte; dacă la aceste întrebări candidatul marchează mai puțin de două sau mai mult de 4 răspunsuri, întrebarea se anulează (punctaj 0). **Total punctaj complement multiplu**: 750

În varianta tip simulare se precizează întrebările de tip complement simplu și întrebările complement multiplu.

Exemplu de punctare pentru o grilă de complement multiplu:

A B C D E= întrebare cu două răspunsuri corecte A și C

a) În cazul în care candidatul marchează corect A și C, acesta primește 5 puncte astfel:

A	B	C	D	E	
X		X			= **5 puncte**
1	1	1	1	1	

b) În cazul în care candidatul marchează A și B, acesta primește 3 puncte, astfel:

A	B	C	D	E	
X	X				= **3 puncte**
1	0	0	1	1	

Vă dorim mult succes!

VARIANTĂ SIMULARE

Complement simplu:

1. **Care din următoarele afirmaţii cu privire la bronşita cronică este ADEVĂRATĂ:**
   A. Se manifestă prin tuse şi expectoraţie cel puţin 2 luni pe an, 3 ani consecutiv
   B. Se manifestă prin hipersecreţie bronşică cronică sau recurentă
   C. Toţi pacienţii diagnosticaţi cu bronşită cronică au sindrom obstructiv
   D. Vechii fumători, mai mult de 10 ani, sunt tuşitori cronici
   E. Tuse neproductivă cel puţin 3 luni timp de 2 ani

2. **Tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen NU include:**
   A. Levosimendanul
   B. Nitroglicerină în perfuzie continuă
   C. Dopamină când TAS<85-90 mmHg
   D. Furosemidul
   E. Morfina

3. **Un pacient cu cetoacidoză diabetică, cu un pH normal, un exces de baze = -4 mEq/L, rezerva alcalină =23 mEq/L, conform parametrilor ASTRUP prezintă:**
   A. CA incipientă
   B. CA moderată
   C. CA avansată (precoma)
   D. CA severă (comă)
   E. Valori normale

4. **Care dintre medicamentele de mai jos pot determina reflux gastroesofagian?**
   A. Anticolinergicele
   B. Diazepam
   C. Antidepresive triciclice
   D. Teofilina
   E. Toate de mai sus

5. **Referitor la tratamentul HTA NU este adevărat:**
   A. În cazul prevenţiei primare a bolii coronariene se recomandă reducerea TA la valori sub 130/80 mmHg
   B. În sarcină, ca alternativă la methyldopa se poate folosi labetalolul
   C. Medicaţia de elecţie pentru pacienţii hipertensivi cu nefropatie non-diabetică şi cu proteinurie este reprezentată de IEC
   D. La vârstnici se recomandă diureticele tiazidice şi blocantele de calciu de primă intenţie
   E. La coronarieni nifedipina este contraindicată

6. **Omacetaxin, utilizat ca tratament de inducţie urmat de întreţinere în LMC este:**
   A. Inhibitor de tirozinkinază (TKI)
   B. Inhibitor de histondeacitilază

C. Inhibitor al sintezei/translației proteice
D. Inhibitor de farnesiltransferază
E. Inhibitor multikinazic

7. **Care din următoarele afirmații referitoare la tusea din BPOC este FALSĂ:**
A. Este o tuse matinală
B. Inițial are caracter intermitent
C. Tusea cronică poate precede dispneea
D. Este o tuse zilnică cu durată de cel puțin 3 luni pe an, 2 ani consecutivi
E. Apare la contactul cu un factor declanșator

8. **Care din următoarele medicamente este un antidiareic cu acțiune antisecretorie și/sau anti-*H. Pylori*:**
A. Nizatidină
B. Sucralfat
C. Subsalicilat de Bismut
D. Misoprostol
E. Esomeprazol

9. **În care din următoarele forme de LAM, conform clasificării morfologice FAB, pot fi prezenți corpii Auer?**
A. M0 LA nediferențiată
B. M2 LAM cu maturație
C. M4 LA mielomonoblastică
D. M5 LA monoblastică
E. M6 Eritroleucemia acută

10. **Expresia activării limfocitelor B din cadrul bolilor inflamatorii intestinale este prezența:**
A. Ac anticolon
B. ASCA
C. pANCA
D. Toate de mai sus
E. Niciuna de mai sus

11. **Care din următoarele afirmații referitoare la riscul adițional din HTA NU este adevărată:**
A. Riscul adițional foarte înalt se referă la un risc de peste 30% de apariție a unui eveniment cardiovascular fatal sau non fatal la 10 ani
B. Riscul adițional mediu se referă la un risc de 20/30% de apariție a unui eveniment cardiovascular fatal sau non fatal la 10 ani
C. Riscul adițional scăzut se referă la un risc de sub 15% de apariție a unui eveniment cardiovascular fatal sau non fatal la 10 ani
D. Riscul adițional înalt se referă la un risc de 20/30% de apariție a unui eveniment cardiovascular fatal sau non fatal la 10 ani
E. Riscul adițional mediu se referă la un risc de 15/20% de apariție a unui eveniment cardiovascular fatal sau non fatal la 10 ani

12. **Care din următoarele afirmații referitoare la utilizarea omalizumabului în astmul bronșic este ADEVĂRATĂ:**
    A. Se administrează intravenos la fiecare 2-4 săptămâni
    B. Este un blocant de anticorpi ce inhibă reacțiile mediate de Ig E
    C. Poate duce la încetinirea creșterii la copii
    D. Se administrează subcutanat o dată la 2-4 luni
    E. Are efecte secundare semnificative cu interferențe în metabolismul osos

13. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la tulburările hemodinamice din ciroza hepatică?**
    A. Se caracterizează prin vasoconstricție generalizată, inclusiv la nivel splanhnic
    B. Vasodilatația generalizată conduce la hipertensiune arterială
    C. La nivel renal se realizează vasodilatație care poate genera sindrom hepatorenal
    D. Hipertensiunea portală este elementul inițiator în apariția ascitei cu creșterea presiunii la nivelul sinusoidelor hepatice și capilarelor intestinale favorizând traversarea fluidului în peritoneu (mecanism Frank-Starling)
    E. Traversarea proteinelor este posibilă numai la nivelul capilarelor intestinale

14. **Anticorpii Donath-Landsteiner pozitivi sunt prezenți în:**
    A. Anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la rece
    B. Anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la cald
    C. Boala aglutininelor la rece
    D. Hemoglobinuria paroxistică la rece
    E. Leucemia mieloidă cronică

15. **Care din următoarele afirmații cu privire la ajustarea terapiei în tratamentul astmului bronșic necontrolat este ADEVĂRATĂ:**
    A. A.Se va rămâne pe aceași treaptă sau se coboară
    B. B.Tratamenul nu necesită ajustare
    C. C.Se tratează ca o exacerbare
    D. D.Se va urca o treaptă terapeutică
    E. E.Se coboară o treaptă

16. **Referitor la abordarea TMO-BCR NU este adevărat:**
    A. Evaluarea TMO-BCR devine necesară la scăderea eRFG sub 45ml/min
    B. În stadiul G3 trebuie monitorizat PO_4, Ca^{2+} și PTH
    C. În stadiul G4 se recomandă activatori ai receptorilor vitaminei D
    D. În stadiul G4 se recomandă calcimimeticele
    E. În stadiul G5 se recomandă paratiroidectomia

17. **Care din următoarele afirmații cu privire la utilizarea metimazolului în boala Graves este FALSĂ:**
    A. Se utilizează în regimul "*block and replace*"
    B. Este indicat ca și tratament de primă inteție
    C. Poate induce reacții de hipersensibilitate
    D. Administrată la gravide poate avea efect teratogen
    E. Tratamentul se începe cu doze mici, care ulterior sunt crescute

18. **Clasificarea leziunilor tegumentare după AO, a fracturilor închise, cuprinde cu EXCEPȚIA:**
    A. Contuzie tegumentară localizată
    B. Decolare tegumentară extinsă
    C. Necroză cutanată prin contuzie, cu risc de deschidere secundară a focarului de fractură
    D. Deschiderea cutanată produsă dinspre interior spre exterior
    E. Decolare tegumentară circumscrisă

19. **Anticorpii antistreptococici NU includ:**
    A. Antistreptolizină O
    B. Antidezoxiribonucleoza B (ADNaza B)
    C. Antihialuronidaza AH
    D. Anticorpii împotriva endostreptosinului
    E. Antiribonucleoza B (ARNaza B)

20. **Limfomul Hodkin (LH) clasic este compus din următoarele subtipuri, CU EXCEPȚIA:**
    A. Bogat în limfocite (BL)
    B. Scleroză nodulară (SN)
    C. Celularitate mitxă (CM)
    D. Depleție limfocitară (DL)
    E. Nodular, cu predominanță limfocitară (NL)

21. **Caracteristicile proteinuriei glomerulare includ:**
    A. Nu se asociază de obicei cu alte elemente de suferință glomerulară
    B. Proteinuria selectivă este definită de prezența în urină a proteinelor cu greutate moleculară peste 150kD cum ar fi Ig M
    C. Albuminuria este un marker de suferință glomerulară mai puțin specific decât proteinuria globală
    D. Orice proteinurie care depășește 1g/24 ore este de natură glomerulară
    E. În mielomul multiplu poate apărea o proteinurie de peste 3-4 g/24 ore fără o afectare glomerulară

22. **Tratamentul hepatitei VHB+VHD se face cu:**
    A. IFN pegylat, pe o durată de cel puțin 48 de săptămâni
    B. Analogi nucleozidici/nucleotidici
    C. Asociază ribavirina și un agent antiviral direct (DAA) la IFN pegylat
    D. Asociază IFN pegylat cu analogi nucleozidici
    E. Asociază entecavir și un agent antiviral direct (DAA) la IFN pegylat

23. **Pentru stabilirea sindromului de retenție biliară, care este afirmația FALSĂ referitoare la probele biochimice?**
    A. Bilirubinemie totală în care predomină bilirubina directă în proporție de 2/3
    B. Colesterolemia crescută peste valori de 250 mg/dl
    C. Transaminaze serice crescute până la valori moderate, relevând un proces de citoliză

D. Hiperprotrombinemie
E. Fosfataza alcalină peste 70 U.I.

24. **Referitor la tratamentul uretritelor NU este adevărat:**
A. În uretritele cu *Trichomonas* la femei se administrează tinidazol asociat cu ovule cu metronidazol
B. Uretrita cu *Candida* se tratează cu miconazol, fluconazol sau ketoconazol
C. Uretrita cu *Ureaplasma* se tratează cu tetraciclină
D. Uretritele gonococice se tratează cu benzantinpenicilină
E. Uretritele cu *Chlamydia* se tratează cu doxiciclină

25. **Simptomele vegetative întâlnite în cadrul crizelor parţiale simple pot fi, CU EXCEPŢIA**:
A. Senzaţii epigastrice
B. Mioză
C. Paloare
D. Roşeaţă
E. Hiperhidroză

26. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la pacienta gravidă diagnosticată cu hipotiroidism este ADEVĂRATĂ:**
A. Valorile TSH-ului trebuie menținute sub 3 mUI/L în trimestrul I
B. Valorile TSH-ului trebuie menținute sub 2.5 mUI/L în trimestrul II
C. Hipotiroxinemia maternă are efecte nefavorabile asupra dezvoltării neurologice a fătului
D. Necesarul de hormoni trebuie suplimentat cu 20%
E. Monitorizarea TSH, T4 şi FT4 se face la 7 săptămâni în prima jumătate a sarcinii

27. **Factorii etiologici infecțioși, incriminați în pancreatita acută, sunt CU EXCEPȚIA:**
A. Infecția cu virus *Coxackie, HIV*
B. Infecția cu *E. coli*
C. Infecția cu *Micoplasma*
D. Ascaridioza sau alte parazitoze
E. Parotidită epidemică

28. **Un pacient în vârstă de 16 ani, suspect de faringită GABHS, cu febra 38,5 °C, tuse, amigdale tumefiate şi ganglionii limfatici cervicali anteriori tumefiaţi, prezintă un scor Centor:**
A. 1
B. 2
C. 3
D. 4
E. 5

29. **Faciesul pacientului cu peritonită este caracterizat prin:**
    A. Ochii înfundați în orbite
    B. Nas ascuțit
    C. Bărbia proeminentă
    D. Buze subțiri, uscate
    E. Toate de mai sus

30. **Referitor la tratamentul endocarditei infecțioase NU este adevărat:**
    A. Tratamentul chirurgical este indicat în urgență dacă vegetațiile sunt peste 10mm și au risc embolic crescut
    B. Pentru endocardita pe proteză, antibioterapia se menține 2-6 săptămâni
    C. În cazul protezelor valvulare se asociază obligatoriu rifampicină minim 6 săptămâni
    D. Tratamentul chirurgical se face de elecție după eradicarea infecției și vizează îndepărtarea vegetațiilor și înlocuirea valvei
    E. În cazul stafilococului meticilino sensibil se administrează flucloxacilina în asociere cu gentamicină timp de 4-6 săptămâni

31. **Care din următoarele afecțiuni NU face parte din MEN2B :**
    A. Feocromocitomul
    B. Ganglioneuroame intestinale
    C. Carcinomul medular tiroidian
    D. Hiperparatiroidismul primar
    E. Neuroame mucoase

32. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ referitoare la volvulusul intestinului subțire?**
    A. La copilul mic, aproape întotdeauna, este un volvulus parțial, secundar unui obstacol
    B. La adult se întâlnește volvulusul ansei ombilicale primitive, datorat lipsei de acolare a mezenterului comun
    C. Vărsăturile sunt tardive sau pot lipsi
    D. În primele ore se poate observa o balonare discretă, cu sediul periombilical, cu sonoritate timpanică, remitentă la palpare (semnul von Wahl)
    E. Oprirea tranzitului intestinal numai pentru materiile fecale este caracteristică

33. **Semnele hipervitaminozei D sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:**
    A. Poliurie
    B. Polidipsie
    C. Vărsături
    D. Deprimarea fontanelei
    E. Agitație

34. **Care din următoarele afirmații referitoare la afectarea mainilor în poliartrita reumatoidă NU este adevărată:**
   A. Deformarea "în gât de lebădă" implică flexia IFD și hiperextensia IFP
   B. Deformarea "în butonieră" implică hiperextensia IFD și hernierea articulației IFP secundar ruperii longitudinale a tendonului extensorului comun al degetelor
   C. "Policele în baionetă" implică abducția exagerată a primului metacarpian, flexia MCF și hiperextensia IF
   D. "Sindromul de tunel carpian" este dat de inflamația carpului și lipsa de elasticitate al ligamentului transvers al carpului
   E. Telescoparea degetelor apare în forme avansate de boală

35. **Criteriile de severitate ecocardiografice în stenoza mitrală includ:**
   A. Aria valvulară sub 1cm²
   B. Aria valvulară sub 1.5 cm²
   C. Gradient transvalvular peste 40 mmHg
   D. Gradient transvalvular peste 5 mmHg
   E. Aria valvulară sub 2 cm²

36. **Care din următoarele afirmații referitoare la criteriile imunologice în lupus NU este adevărată:**
   A. Test Coombs pozitiv în absența anemiei hemolitice
   B. Ac anti ADNdc ≥2 ori valoarea de referință a laboratorului prin metoda ELISA
   C. Ac anti-Sm pozitivi
   D. Ac anti-glicoproteina 1 pozitivi
   E. Anti Ro, La pozitivi

37. **Care este afirmația ADEVĂRATĂ despre *Hemosuccus pancreaticus*?**
   A. Reprezintă comunicarea dintre un vas de sânge si canalul pancreatic
   B. Tratamentul de elecție este angioembolizarea
   C. Cel mai frecvent este produs de pseudoanevrisme ale arterei splenice sau hepatice în prezența unei pancreatite
   D. Ecografia, CT sau IRM evidențiază de obicei aspectul de pseudochist pancreatic
   E. Toate afirmațiile de mai sus

38. **Calcularea pCO2 teoretic NU poate fi efectuată prin:**
   A. Nomogramă
   B. pCO2 teoretic = 1.5 [$HCO3^-$] + 8 +/- 2
   C. pCO2 teoretic = [$HCO3^-$] + 15
   D. p CO2 teoreti = ultimile 2 zecimale ale pH x 100
   E. p CO2 teoretic = [$HCO3^-$] – 15

39. **Care din următoarele afirmații referitoare la sifilisul congenital tardiv NU este adevărată?**
   A. Este detectat după vârsta de 2 ani
   B. Este contagios
   C. Implică SNC

D. Afectează sistemul osos şi articular
E. Afectează dentiţia, ochii şi tegumentul

40. **Care din următoarele manifestări radiologice NU sunt caracteristice artitei psoriazice:**
A. Osteoliză
B. Tendinţă la anchiloză
C. Eroziuni osoase marginale extinse
D. Osteoporoză juxtaarticulară
E. Resorbţia falangelor distale

41. **Referitor la antidiabetice în boala cronică de rinichi NU este adevărat:**
A. Poate fi necesară reducerea dozelor de insulină când eRFG scade sub 30ml/min
B. Este indicată evitarea gliclazid şi glichidonă deoarece sunt excretaţi renal
C. Este recomandată evitarea gliburid şi glibenclamid deoarece sunt excretaţi renal
D. Metforminul ar trebui evitat când eRFG scade sub 30 ml/min
E. Este recomandată întreruperea metforminului dacă apar simptome acute de insuficienţă renală

42. **Un pacient diagnosticat în copilărie cu rinichi unic prezintă colică renală, febră, diureză scăzută iar durerea nu se remite sub tratament. Care investigaţie imagistică furnizează informaţiile necesare?**
A. Explorarea izotopică
B. Ureteropielografia retrogradă (UPR)
C. Tomografia computerizată cu/fără substanţă de contrast
D. Urografia intravenoasă (UIV)
E. Radiografia reno-vezicală

43. **Care este afirmaţia FALSĂ în legătură cu primul sistem de clasificare al cancerelor colorectale?**
A. Stadiul B – invazia tumorală cuprinde întreaga grosime a peretelui, absenţa metastazelor ganglionare
B. Stadiul A – prezenţa metastazelor ganglionare indiferent de invazia tumorii în perete
C. Stadiul C2 – invazia ganglionului apical
D. Stadiul C1 – fără invazia ganglionului apical
E. O stadializare anatomo-patologică avansată a fost asociată cu un prognostic prost

44. **NU se manifestă prin sindrom nefritic:**
A. Glomerulopatia cu leziuni minime
B. Glomerulonefrita rapid progresivă
C. Glomerulonefrita din cadrul sindromului Churg-Strauss
D. Boala Goodpasture
E. Purpura Henoch-Schonlein

45. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la AVC ischemice aterotrombotice NU este adevărată?**
   A. Sunt consecinţa procesului de ateroscleroză
   B. Afectează frecvent aa. cervico-cerebrale
   C. Frecvent, acesti pacienţii sunt cei care au HTA cronică, dislipidemie aterogenă, DZ
   D. Mecanismul de producere este legat cel mai adesea de o placă de aterom ulcerată, care favorizează producerea unei disecţii arteriale locale
   E. Consecinţele la nivelul ţesutului cerebral se manifestă printr-o ischemie locală, urmată de o disfuncţie clinică neurologică focală reversibilă sau nu

46. **Referitor la stadializarea TNM a cancerului gastric, următoarele sunt adevărate CU EXCEPŢIA:**
   A. T1N0M0 reprezintă stadiul 1A
   B. Stadiul 3A este reprezentat de T2a/b N2 M0, T3 N1 M0, T4 N0 M0
   C. N2 reprezintă invazia ganglionilor la distanţă
   D. T4 reprezintă invazia seroasei
   E. M1 reprezintă metastaze la distanţă

47. **Cauze mai rare ale hemoragiei subarahnoidiene (HSA) non- traumatică sunt:**
   A. Hemoragia perimezenceflalică
   B. Boala moya-moya
   C. Vasculite induse de cocaină
   D. Parazitare: gnatostomiaza
   E. Toate de mai sus

48. **Care este factor de risc endogen al cancerului mamar?**
   A. Estrogenul administrat în doză mare, o perioadă îndelungată
   B. Medicaţia hormonală de substituţie în postmenopauză
   C. Avortul spontan sau terapeutic în primul trimestru de sarcină, efectuat înainte de prima naştere
   D. Expunerea prelungită la radiaţii ionizante
   E. Contraceptivele orale administrate pe perioade mai lungi de 10 ani

49. **Care din următoarele constituie motiv de solicitare a sfatului genetic în perioada postnatală:**
   A. Vârsta maternă peste 34 de ani
   B. Antecedente heredo-colaterale de anomalii congenitale sau boli ereditare
   C. Sarcini oprite în evoluţie
   D. Testele screening neonatale indică existenţa unei boli genetice
   E. Infertilitatea

50. **Care din următoarele afirmaţii referitoare la factorii de risc în leiomiomatoza uterină este ADEVĂRATĂ:**
   A. Rasa caucaziană are un risc de 3 ori mai mare decât rasa neagră
   B. Una sau mai multe sarcini ce depăşesc 10 săptămâni de gestaţie cresc riscul de apariţie al leiomioamelor uterine

C. Consumul de contraceptive orale combinate cu doză mică are efect favorizant în apariţia mioamelor
D. Consumul de bere scade riscul formării de noduli fibromatoşi
E. Fumatul poate avea efect protectiv în apariţia fibroamelor uterine

Complement multiplu:

51. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tuberculoza secundară sunt ADEVĂRATE:**
A. Poate apărea prin reactivarea unor focare primare de diseminare limfo-hematogenă
B. Vindecarea se poduce spontan
C. Fiecare nou puseu este mai uşor de suportat de către pacient
D. Ftiziogeneza exogenă presupune expunerea repetată la cantitaţi mari de bacili
E. Evoluţia este cronică în puseuri şi remisiuni

52. **Stadiul II „silenţios" (după Mogensen) al nefropatiei diabetice, se caracterizează prin:**
A. Membrană glomerulară cu grosime normală
B. Mezangiu expansionat
C. Normoalbuminurie
D. Clearence-ul creatininei peste 150 ml/min
E. TA normală/uşor crescută

53. **Tratamentul în SCA non-ST NU include:**
A. Tromboliza cu agenţi fibrin specifici
B. Angioplastia percutană cu stent
C. Revascularizaţia chirurgicală
D. Antiagregare dublă: aspirină+inhibitor receptor P_2Y12
E. Fondaparina la pacienţii care urmează să fie trataţi prin revascularizare percutană

54. **Care sunt manifestările extradigestive ale BRGE?**
A. "sleep apnea"
B. Laringospasm
C. Hemoragie digestivă superioară
D. Febra
E. Traheobronşita

55. **Care dintre următoarele NU sunt contraindicaţii absolute a tratamentului fibrinolitic:**
A. Hipertensiune refractară
B. Sângerarea gatrointestinală în ultimile 6 luni
C. Accidente ischemice tranzitorii în ultimile 6 luni
D. Leziuni ale sistemului nervos central
E. Traumatism major craniocerebral în ultimele 6 luni

56. **În etapa miencefalică, semnele neuroglicopenice din hipoglicemii sunt:**
A. Comă profundă
B. Midriază
C. Hipotermie
D. Abolirea reflexului fotomotor
E. Mișcări primitive

57. **În trombembolismul pulmonar, triada Virchow este alcătuita din următoarele :**
A. Hipercoagulabilitate
B. Trombopenie
C. Injurie endotelială
D. Stază sau turbulenţă a fluxului sangvin
E. Hematocrit scăzut

58. **Recomandările AGA privind tratamentul BRGE sunt:**
A. Manometria se recomandă de rutină
B. Scăderea ponderală pentru pacienții obezi
C. Tratamentul de lungă durată cu IPP ar trebui să fie titrat până la doze maximale
D. La pacienții la care terapia antisecretorie este ineficientă, se recomandă endoscopie digestivă superioară
E. În cazul în care nu există leziuni endoscopice, trebuie prelevate biopsii esofagiene pentru excluderea unei esofagite eozinofilice

59. **Referitor la incretinmimetice (IM), următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:**
A. Includ inhibitorii dipeptidil-peptidaza-4 (sitagliptin, saxagliptina, vildagliptin)
B. Reprezintă agoniști PPAR-γ
C. Acționează prin reducerea scindării oligozaharidelor la nivelul enterocitelor
D. Includ analogii receptorului GLP-1 (exenatid, liraglutid)
E. Reprezintă prima opțiune terapeutică în DZ tip 2

60. **Tratamentul pneumoniei comunitare în spital are în vedere următoarele, CU EXCEPŢIA:**
A. Inițial tratamentul este parenteral
B. Se recomandă recoltarea a cel puţin 2 hemoculturi din aceaşi venă
C. Durata tratamentului este în general similară cu cea din ambulator
D. Recoltarea de sputa nu este necesară
E. În suspiciunea unei etiologii cu *Legionella* la tratament se va adăuga un macrolid

61. **Care dintre următoarele manifestări ECG sugerează un prognostic sever în angina stabilă:**
A. Prezenţa undei Q patologice în mai multe derivații contigue
B. Blocul de ram stâng
C. Hipertrofia ventriculară stângă
D. Hipertrofia atrială stângă
E. Inversarea ST-T

62. **Evaluarea fibrozei hepatice se poate efectua prin:**
A. Valorile transaminazelor (peste 10 ori limita superioară a normalului)
B. Puncţie biopsie hepatică
C. FibroMax
D. FibroScan
E. Valoarea concentraţiei de protrombină (sub 25 %)

63. **Referitor la pH-metria utilizată în explorarea pacienţilor cu BRGE, următoarele sunt ADEVĂRATE:**
A. Se utilizează o sondă care monitorizează pH-ul la nivelul esofagului distal, 48 de ore
B. Sonda este introdusă transnazal până la 5 cm deasupra cardiei
C. Tehnica permite înregistrarea frecvenţei episoadelor de reflux, durata şi momentul apariţiei acestora
D. Se consideră că este reflux acid când pH-ul esofagian este sub 6
E. Reprezintă investigaţia standard, de rutină, în boala de reflux gastroesofagian

64. **Care dintre următoarele categorii de pacienţi au risc intermediar în boala coronariană stabilă:**
A. Pacienţii cu disfuncţie ventriculară stângă uşoară-moderată (FEVS 25-35%)
B. Pacienţii cu scor de risc redus la testul ECG de efort
C. Pacienţii cu tulburări de cinetică pe mai mult de 2 segmente la ecocardiografia de stres, la doze mici de dobutamină
D. Pacienţii cu defecte moderate de perfuzie la scintigrafia miocardică de stres
E. Pacienţii cu FEVS cuprins între 35-49%

65. **Un pacient A1 (clasificat conform CDC) în cadrul infecţiei HIV poate prezenta:**
A. CD4 nadir: 700 celule/mmc
B. CD4 nadir: 400 celule/mmc
C. Limfadenopatie generalizată persistentă
D. Encefalopatie HIV
E. Infecţie retrovirală acută

66. **Criteriile clinice de gravitate ce impun spitalizarea în BPOC sunt:**
A. PEF<120 L/min
B. Tahicardie peste 100 bpm
C. Tahipnee peste 25 rpm
D. Toate cele de mai sus sunt adevărate
E. Cianoza severă cu tendinţă vizibilă la agravare

67. **Selectaţi factorii epiteliali care NU sunt recunoscuţi pentru participarea în procesul defensiv al mucoasei gastrice:**
A. Integritatea joncţiunilor intercelulare
B. Stratul mucos alcalin
C. Repararea celulară
D. Regenerarea celulară
E. Lactoferina

68. **Care dintre următoarele pot fi complicaţii apărute în cadrul sepsisului?**
A. Sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS)
B. Creşterea fracţiei de ejecţie cardiacă
C. Insuficienţa suprarenaliană
D. Dezechilibrele metabolice de tip hiperglicemie, acidoză
E. Insuficienţa corticosteroidiană asociată patologiilor cu status critic (CIRCI)

69. **Diagnosticul diferenţial al bolii ulceroase se face cu:**
A. Dispepsia funcţională
B. Neoplasmele gastrice şi pancreatice
C. Colica biliară
D. Neoplasmele hepatice
E. Duodenita şi gastroduodenita

70. **Care dintre următoarele manifestări clinice NU apar în stadiul G3a al bolii cronice de rinichi:**
A. Hiperkalemia
B. Retenţia de apă şi sare
C. Malnutriţia
D. Anemia
E. Retenţia azotată

71. **Pneumonia atipică se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPŢIA:**
A. De regulă etiologia presupune germeni intracelulari: *Chlamydia pneumoniae*
B. Are o evoluţie ciclică
C. Se însoţeşte mereu de un sindrom de condensare pulmonară
D. Radiologic se poate caracteriza prin prezenţa unei opacităţi heterogene nesistematizate
E. Se poate însoţi de artralgii, mialgii şi tulburări digestive

72. **Factorii de risc de resângerare în cazul hemoragiilor digestive superioare non-variceale sunt:**
A. Terapia cu inhibitori de pompă de protoni
B. Decelarea unei sângerări active la momentul explorării endoscopice
C. Prezenţa comorbidităţilor
D. Decelarea de ulcere de dimensiuni mici
E. Instabilitatea hemodinamică

73. **Indicaţiile de îndepărtare activă ale pacienţilor cu calculi ureterali sunt, CU EXCEPŢIA:**
A. Calculul nou diagnosticat are diametrul mai mic de 10 mm şi fără complicaţii
B. În caz de obstrucţie unilaterală
C. Calculi cu probabilitate mică de eliminare spontană
D. Durerea persistă în ciuda tratamentului corect
E. Obstrucţie persistentă

74. **Etiologiile frecvente în pneumoniile comunitare la adolescent şi adultul tânăr sunt:**
   A. *Streptococcus pneumoniae*
   B. *Haemophilus influenzae*
   C. *Streptococcus pyogenes*
   D. *Chlamydia pneumoniae*
   E. *Mycoplasma pneumoniae*

75. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la tratamentul anemiei din BCR sunt ADEVĂRATE:**
   A. De primă intenţie se face corectarea deficitului de fier prin administrare de fier per os
   B. Tratamentul cu stimulatori ai eritropoietinei se începe atunci când Hb <8g/dL
   C. Tratamentul cu stimulatori ai eritropoietinei se începe atunci când Hb<10-11g/dL şi Hb este descrescătoare
   D. Tratamentul cu stimulatori ai eritropoietinei se poate începe atunci când Hb<10-11 g/dl şi este descrescătoare chiar dacă deficitul de fier nu a fost corectat
   E. Cea mai frecventă cauză de anemie este deficitul de fier şi se tratează prin administrare de fier parenteral

76. **Un pacient în vârstă de 60 de ani se prezintă în UPU cu simptomatologie sugestivă pentru pneumonie comunitară şi: stare de confuzie prezentă, uree crescută, tahipnee cu 25 respiraţii pe minut, TA sistolică < 90 mmHg. Care dintre următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE după calcularea scorului CURB-65:**
   A. Pacientul poate fi tratat în ambulator în condiţii de siguranţă
   B. Prezintă un scor CURB -65 de 3 puncte
   C. Pacientul necesită internare
   D. Pacientul necesită o scurtă supraveghere
   E. Pacientul prezintă un scor CURB-65 de 4 puncte

77. **Modificările endoscopice de la nivelul mucoasei din boala Crohn sunt:**
   A. Fisuri
   B. Eroziuni
   C. Ulceraţii pleomorfe
   D. Pseudopolipi inflamatori
   E. Granularitate

78. **Trimiterea de urgenţă pentru consult nefrologic a pacienţilor cu BCR se face atunci când:**
   A. Creatinina serică creşte de 1.5 ori în interval de 7 zile
   B. eRFG<15ml/min
   C. Apar tulburări hidroelectrolitice severe
   D. Prezintă sindrom nefrotic
   E. Prezintă sindrom nefritic

79. **Complicațiile ESWL sunt:**
A. Hematomul perirenal
B. Hematuria
C. HTA
D. Pancreatita
E. Împietruirea ureterului (stein-strasse)

80. **Mecanismele imunologice ale astmului alergic implică următoarele:**
A. IL 3 recrutează și activează eozinofilele
B. Marca imunologică este producția excesivă de citokine de tip Th2
C. IL 5 are rol în stimularea mastocitară
D. IL 4 este responsabilă de apariția unei clone limfocitare de tip B secretoare de Ig E
E. GM-CSF recrutează și activează eozinofilele

81. **Sunt glomerulonefrite pauciimune următoarele:**
A. Granulomatoza eozinofilică cu poliangeită
B. Poliangeita microscopică
C. Lupusul eritematos sistemic
D. Sindromul Sjögren
E. Granulomatoza Wegener

82. **Convulsiile febrile complexe sau complicate:**
A. Apar înainte de 1 an
B. Se manifestă prin crize tonico-clonice bilaterale
C. Au o durată mai mare de 15 minute
D. Sunt unice în 24 de ore
E. Pot fi urmate de deficit postcritic (paralizie Todd)

83. **Care dintre următoarele sunt complicații intestinale ale bolilor inflamatorii intestinale?**
A. Megacolonul toxic
B. Modificările displazice
C. Colangita sclerozantă primitivă
D. Steatoza hepatică
E. Fistulele abdominale

84. **Referitor la principalele tipuri de leziuni întâlnite în glomerulopatii sunt ADEVĂRATE următoarele afirmații:**
A. Semilunele sunt inițial fibroase, apoi prin invazie și proliferare celulară devin celulare
B. Depunerile endomembranare sunt în mezangiu
C. Depunerile subendoteliale sunt în membrana bazală propriu-zisă
D. Îngroșarea difuză a membranei bazale cu depuneri subepiteliale și excrescențe se găsește în glomerulopatia membranoasă
E. Leziunile segmentale sunt leziunile limitate la anumite anse

85. **În perioada postnatală principalele cauze de crize epileptice sunt, CU EXCEPȚIA:**
A. Infecțiile cerebro-meningiene
B. Sindroamele neurocutanate
C. Encefalopatia hipoxic-ischemică
D. Scleroza temporală mezială
E. Bolile degenerative

86. **Care dintre următoarele NU sunt criterii ale unui astm bronșic controlat:**
A. Activitate fizică normală
B. Simptome nocturne prezente
C. PEF sau VEMS≥80%
D. Mai mult de o exacerbare în ultimul an
E. Consum de β2agoniști mai puțin de 2 ori pe săptămână

87. **Indicațiile de administrare ale infliximab-ului în bolile inflamatorii intestinale sunt:**
A. Formele ușoare de boală Crohn
B. Formele fistulizante de boală Crohn
C. Formele moderate de colită ulcerativă care răspund la tratamentul convențional
D. Formele severe de boală Crohn care nu răspund la tratamentul convențional
E. Formele de boală Crohn corticodependente sau corticorefractare la tratamentul cortizonic

88. **Absențele tipice NU pot fi întâlnite în:**
A. Epilepsia absență a copilului
B. Sindromul Lennox-Gastaut
C. Epilepsia absență juvenilă
D. Sindromul Dravet
E. Epilepsia mioclonică juvenilă

89. **Un pacient diagnosticat cu boala Crohn la vârsta de 45 de ani, localizată la nivelul tubului digestiv superior, cu o formă clinică evolutivă a bolii (comportament), stricturantă, este încadrat conform clasificării VIENA astfel:**
A. A2
B. A3
C. B2
D. B3
E. L4

90. **Tratamentul tahicardiei ventriculare în sindroamele QT lung cuprinde:**
A. Betablocante
B. Sulfatul de Mg
C. Amiodarona are efecte similare cu sulfatul de Mg
D. Mexiletinul are efecte similare cu sulfatul de Mg
E. Cardiostimularea electrică permanentă

91. **Afectarea ganglionară de tip N1 în cancerul bronhopulmonar se caracterizează prin următoarele CU EXCEPȚIA:**
   A. Metastaze în ganglionii mediastinali ipisilaterali
   B. Metastaze în ganglionii subcarinari
   C. Metastaze în ganglionii hilari
   D. Metastaze în ganglionii supraclaviculari
   E. Metastaze în ganglionii peribronșici ipsilaterali

92. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la complicațiile pulmonare din cadrul cirozei hepatice?**
   A. Sindromul hepatopulmonar se caracterizează prin asocierea hipoxemiei cu gradient alveolo-arterial crescut
   B. Ecocardiografia cu substanță de contrast poate evidenția prezența fistulelor arteriovenoase
   C. Apariția contrastului în cordul stâng la un interval de 4-6 cicluri cardiace de la injectare, demonstrează ca substanța de contrast parcurge o distanță mai mare decât normal
   D. Hipertensiunea porto-pulmonară apare frecvent
   E. Diagnosticul de sindrom hepatopulmonar se confirmă prin angiografie cu substanță de contrast

93. **Referitor la manifestările clinice din epiglotita acută putem afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:**
   A. Debutul bolii este cu rinoree, febră, tuse moderată care durează 1-3 zile
   B. Starea generală este alterată
   C. Copilul are o poziție caracteristică cu capul în poziție flectata („în trepied")
   D. Treptat copilul devine obosit, cu sete de aer
   E. Copilul prezintă răgușeală și disfonie

94. **Care dintre următoarele antituberculoase recomandate în tuberculoza Multidrog Rezistentă aparțin grupului 5 de antibiotice antiTB:**
   A. Protionamida
   B. Thioacetazona
   C. Clofazimina
   D. Cicloserina
   E. Claritromicina

95. **Care dintre următoarele medicamente administrare oral sunt folosite în conversia fibrilației atriale:**
   A. Dofetilide
   B. Chinidina
   C. Flecainide
   D. Amiodarona
   E. Procainamida

96. **Care dintre următoarele afirmații cu privire la utilizarea de fondaparinux în trombembolismul pulmonar NU sunt adevărate:**
   A. Este contraindicat la un *clearence* al creatininei <30ml/min
   B. Se administrează de 2 ori pe zi într-o doză ajustată în funcție de greutate
   C. Este inhibitor selectiv al factorului Xa
   D. Necesită monitorizarea de rutină a aPTT
   E. Este un pentazaharid

97. **Referitor la tratamentul hiperpotasemiei cu K^+>6.5 mmol/l sunt ADEVĂRATE următoarele:**
   A. Se utilizează salbutamol nebulizat
   B. În caz de acidoză metabolică bicarbonatul de sodiu se administrează concomitent cu Ca^{2+} pentru efectul cardioprotector al calciului
   C. Hiperventilația pacientului are aceleași efecte ca bicarbonatul de sodiu
   D. Ca-gluconat poate preveni apariția fibrilației ventriculare și scade eficient K^+
   E. $CaCl_2$ are efect imediat

98. **Strategiile pentru a preveni otita medie acută (OMA) recomandă:**
   A. Alimentarea copilului în poziție culcată
   B. Limitarea expunerii la fum
   C. Evitarea spațiilor închise
   D. Tratamentul corect al oricăror infecții respiratorii superioare
   E. Alimentația artificială

99. **Care din următoarele semne si simptome de mai jos reprezintă modificări de personalitate care fac parte din encefalopatia hepatică?**
   A. Iritabilitate
   B. Euforie
   C. Asterixis
   D. Comportament juvenil
   E. Dezinteres familial

100. **Care dintre următoarele sunt cauze de HTA secundară**:
   A. Stenoza de arteră renală
   B. Uropatia obstructivă
   C. Sindromul Conn
   D. Boala Addison
   E. Hiperparatiroidismul

101. **Complicațiile intracraniene care apar în evoluția unei otite pot fi:**
   A. Meningita acută
   B. Encefalita acută
   C. Paralizia nervului facial
   D. Labirintita acută
   E. Tromboflebita sinusului lateral și sigmoid

102. **Tratamentul tuberculozei osteoarticulare presupune următoarele măsuri :**
A. Tratamentul medicamentos se prelungeşte la 9 luni
B. Tratamentul medicamentos se asociază cu tratamentul ortopedic/chirurgical
C. Tratamentul medicamentos se prelungeşte la 6 luni
D. Tratamentul medicamentos se prelungeşte la 12 luni
E. Tratamentul chirurgical este contraindicat în general

103. **Vindecarea osoasă secundară este caracterizată astfel:**
A. Etapa inflamatorie durează 6-7 zile
B. Etapa calusului moale durează 1 lună
C. Etapa calusului dur durează 2-3 săptămâni
D. Etapa calusului dur variază între 4-16 săptămâni
E. Etapa de remodelare reprezintă ultima etapă a vindecării secundare

104. **Momentul optim al începerii diversificării este:**
A. La 6 luni pentru un sugar alimentat cu lapte praf convenţional
B. La 6 luni pentru un sugar alimentat la sân
C. La 4-4,5 luni pentru un sugar alimentat cu lapte de vacă
D. La 4-4,5 luni pentru un sugar alimentat cu o formulă de lapte adaptată şi vitaminizată
E. La 2,5-3 luni pentru un sugar alimentat cu lapte praf convenţional

105. **Semnele de certitudine ale fracturilor sunt:**
A. Deformarea regiunii
B. Crepitaţiile osoase
C. Impotenţa funcţională
D. Netransmiterea mişcărilor spre segmentul distal
E. Mobilitatea anormală în fracturile complete

106. **Care dintre următoarele medicamente pot cauza HTA**:
A. Contraceptivele orale
B. Picăturile nazale
C. Carbenoxolona
D. AINS
E. Morfina

107. **Clasificarea nefritei lupice NU include:**
A. Clasa V: nefrita membranoasă
B. Clasa III A/C: nefrita proliferativă focală cu leziuni active şi cronice
C. Clasa II C: nefrita mezangială proliferativă cu leziuni cronice
D. Clasa VI: nefrita scleroasă a peste 90% din glomeruli, cu leziuni active
E. Clasa I: nefrita mezangială minimă

108. **Complicaţiile tracţiunii continue din cadrul tratamentului ortopedic sunt:**
A. Rigiditate a musculaturii
B. Leziuni vasculo-nervoase la inserţia broşelor
C. Infecţii pe traiectul broşelor

D. Posibilitatea unei consolidări vicioase
E. Retracții musculare

109. **Starea de nutriție a unui copil de 5 ani, cu greutatea actuală de 13 kg, talia actuală 85 cm (greutatea ideală este 19 kg şi talia ideală 105 cm), se apreciază astfel:**
A. Indicele statural (IS) = 0,80
B. Indicele ponderal (IP) = 0,80
C. IP= 0,68
D. În funcţie de IP, pacientul are gradul II de distrofie
E. În funcţie de IP, pacientul are gradul III de distrofie

110. **Prevenirea progresiei bolii cronice de rinichi presupune:**
A. Atingerea unui IMC cuprins între 20-25 kg/m^2
B. Utilizarea IEC şi în absenţa hipertensiunii la pacienţii diabetici cu albuminurie peste 300 mg/g creatinină
C. Utilizarea non-dihidropiridinelor în combinaţie cu inhibitorii enzimei de conversie poate reduce suplimentar proteinuria
D. Diureticele tiazidice în monoterapie se folosesc în stadiile 3b+
E. Eplerenona este indicată atunci când eRFG este sub 30ml/min şi creatinina serică peste 2.5 mg/dL

111. **Tireotoxicoza subclinică se caracterizează prin:**
A. FT4 şi T3 în limitele normale
B. T3 crescut şi FT4 normal
C. FT4 şi T3 crescute şi TSH supresat
D. FT4 crescut şi TSH supresat
E. TSH supresat

112. **Consecinţele acidozei sunt:**
A. Hiperexcitabilitatea SNC
B. Hiperventilaţie
C. Hiperpotasemie
D. Iniţial depresie cardiacă apoi stimulare cardiacă
E. Devierea la stânga a curbei de disociere a oxihemoglobinei-scade eliberarea de oxigen la ţesuturi

113. **Malnutriţia protein-calorică gr. II prezintă:**
A. Indicele ponderal (IP) = 0,90-0,76
B. Indicele nutriţional (IN) = 0,80-0,71
C. Indicele ponderal (IP) = 0,75-0,6
D. Deficit ponderal 25-40 %
E. Deficit ponderal >40 %

114. **Semnele de probabilitate ale unei fracturi sunt următoarele:**
A. Întreruperea continuităţii osoase
B. Scurtarea regiunii

C. Echimoza care poate apărea tardiv sau la distanță
D. Durere vie, intensă, în punct fix
E. Mobilitatea anormală

115. **Terapia medicală din faza acută a STEMI include:**
A. Nitrați i.v
B. Verapamil
C. Beta blocante i.v
D. Atorvastatina
E. Valsartan în primele 24 ore la pacienții care asociază fenomene de insuficiență cardiacă

116. **Care dintre următoarele afirmații cu privire la tireotoxicoza indusă de amiodaronă sunt ADEVĂRATE:**
A. Timpul de înjumătățire al amiodaronei este de 20 zile
B. Amiodarona stimulează conversia de la T4 la T3
C. Este un medicament antiaritimic bogat în iod
D. Are efecte toxice directe asupra celulelor foliculare tiroidiene
E. Tipul II apare la pacienții cu o patologie tiroidiană preexistentă

117. **Conform stadializarii rahitismului, stadiul I NU se caracterizează prin:**
A. Hipocalcemie
B. Normofosfatemie
C. Fosfataze alcaline normale
D. Normocalcemie
E. Hipofosfatemie

118. **Diagnosticul diferențial al apendicitei acute se face cu următoarele afecțiuni medicale:**
A. Ileita terminală
B. Diverticulita Meckel
C. Pancreatita acută edematoasă
D. Colecistita acută
E. Sarcina ectopică

119. **Diagnosticul diferențial SCA non-ST NU include:**
A. Arterita Burger
B. Disecția de aortă
C. Boala Takayasu
D. Cardiomiopatia Tako-Tsubo
E. Endocardita infecțioasă

120. **În cadrul investigațiilor paraclinice din hipotiroidismul primar putem identifica următoarele:**
A. La ECG-ul de repaus se observă complexe QRS hipervoltate asociate cu unde T înalte
B. Prezența unui sindrom dislipidemic mixt cu HDL-colesterol crescut

C. Tomografia computerizată indică o hiperplazie hipofizară
D. Valori ale FT4 scăzute și TSH scăzute
E. Valori ale FT4 scăzute și TSH crescute

121. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la blocul apendicular (plastron apendicular) sunt ADEVĂRATE?**
A. Apare la 24-72 de ore de la debutul crizei
B. În fosa iliacă dreaptă se decelează la palpare o zonă de împăstare dureroasă, nedepresibilă
C. Tratamentul chirurgical este indicat în urgență
D. Plastronul apendicular poate evolua nefavorabil sub tratament medical spre abces apendicular sau peritonită generalizată în doi sau trei timpi
E. Plastronul apendicular apare datorită virulenței crescute a germenilor incriminați si a imunosupresiei pacientului

122. **Care sunt tulburările digestive întâlnite în anemia feriprivă?**
A. Sindrom PICA
B. Disfagie
C. Creşterea aciditătii gastrice
D. Sindrom de malabsorbţie pentru Fe, Cu, Ca şi proteine
E. Creşte indexul de permeabilitate intestinală care favorizează infecţiile

123. **Tiroidita *de Quervain* se caracterizează prin următoarele CU EXCEPȚIA:**
A. Inițial se poate asocia cu simptome de hipotiroidism
B. Autoanticorpii antitiroidieni sunt în mod normal negativi
C. La examenul clinic tiroida este dureroasă fără semne locale de inflamație
D. Simptomele de hipertiroidism se remit sub tratament cu betablocante
E. 10% din pacienți pot dezvolta un hipertiroidism permanent

124. **Care dintre următoarele sunt indicaţii de resincronizare cardiacă în insuficienţa cardiacă cronică:**
A. Pacienţii cu simptome NYHA II şi FEVS≤35% cu QRS>120 ms şi aspect de BRS
B. Pacienţii cu simptome NYHA III şi FEVS≤35% cu QRS>150 ms indiferent de morfologie
C. Pacienţii cu simptome NYHA IV şi FEVS≤35% cu QRS>120ms indiferent de morfologie
D. Pacienţii cu simptome NYHA III şi FEVS≤35% care au nevoie de pacemaker
E. Pacienţii cu simptome NYHA II şi FEVS<30% cu QRS>150ms indiferent de morfologie

125. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul cu iod radioactiv sunt ADEVĂRATE:**
A. Tratamentul se face după atingerea eutiroidiei cu ajutorul metimazolului
B. Efectul se instalează în 3 luni
C. Reprezintă o opțiune terapeutică în cazul pacienților peste 16 ani
D. Nivelul seric de FT4 și TSH trebuie monitorizat la fiecare 6-8 săptămâni

E. Iodul radioactiv poate provoca infertilitate şi defecte congenitale

126. **Cei mai frecvenți germeni incriminați în colonizarea arborelui biliar sunt:**
A. *Escherichia coli*
B. *Clostridium perfringens*
C. *Campylobacter jejuni*
D. *Klebsiella*
E. *Streptococcus pyogenes*

127. **Care dintre următoarele afecțiuni NU se manifestă de obicei prin sindrom nefrotic:**
A. Nefroza lipoidică
B. Glomeruolonefrita membranoproliferativă
C. Granulomatoza Wegener
D. Lupusul eritematos sistemic
E. Purpura Henoch

128. **Etiologia infecțiilor perinatale/congenitale bacteriene este reprezentată de, CU EXCEPȚIA:**
A. Neisseria gonorrhoeae
B. *Chlamydia trachomatis*
C. Toxoplasma gondii
D. *Treponema pallidum*
E. Rubeola

129. **Utilizarea iodului în tratamentul hipertiroidismului se caracterizează prin următoarele, CU EXCEPȚIA:**
A. În cantitate crescută poate induce efectul Wolf-Chaikoff
B. Se poate folosi în monoterapie
C. Iodul inhibă rata de secreția a T4
D. Depozitul de iod organic întârzie răspunsul clinic la administrarea ulterioară de tionamide
E. Are acțiune mai slabă decât tionamidele

130. **Tratamentul pielonefritei acute cuprinde:**
A. În formele uşoare se administrează ciprofloxacină per os timp de 7-10 zile
B. La femeile gravide se recomandă nitrofurantoinul
C. Tratamentul inițial se face cu aminoglicozide
D. Formele severe impun monoterapie cu doze crescute de ciprofloxacină
E. Uroculturile negative la 7, 14, 30 de zile şi apoi în fiecare lună până la 6 luni semnifică eradicarea infecției

131. **Feritina:**
A. Este alcătuită din agregate de hem care au pierdut parțial învelişul proteic
B. Este principala formă de depozit a Fe
C. Reprezintă Fe disponibil pentru o utilizare viitoare de către organism
D. Este formată dintr-un înveliş proteic şi un miez care conține atomi de Fe

E. Este o formă mai stabilă, dar mai puţin accesibilă şi solubilă a depozitului de Fe

132. **Diagnosticul diferenţial al litiazei CBP se face, CU EXCEPŢIA:**
A. Pancreatita cronică
B. Ampulomul vaterian
C. Icterul din neoplasmul de coadă de pancreas
D. Hepatita acută
E. Chistul hidatic hepatic

133. **În legătură cu icterul mecanic din litiaza CBP, sunt FALSE:**
A. Icterul este de intensitate medie, cu valori ale bilirubinei totale de până la 20 mg/dl
B. Poate fi prezent semnul Courvoisier-Terrier prin impactarea obstacolului la nivelul sfincterului Oddi
C. Icterul se accentuează progresiv
D. Prelungirea prezenţei obstacolului poate genera în timp suferinţă hepatică
E. Icterul este de intensitate mare

134. **Metilcobalamina citoplasmatică:**
A. Este coenzimă pentru metilmalonil-CoA
B. Este coenzimă pentru metionin-sintetaza
C. Catalizează transferul grupărilor metil de la metilcobalamină la homocisteină
D. Converteşte metilmalonil-CoA la succinil CoA
E. Este coenzimă pentru dihidrofolat reductaza

135. **Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la algoritmul de tratament în poliartrita reumatoidă sunt ADEVĂRATE:**
A. În cazul în care pacientul este în remisiune susţinută, după renunţarea la corticoterapie se poate tenta întreruperea terapiei biologice
B. În primă fază se face tratament de elecţie cu sulfasalazină timp de maxim 6 luni
C. Terapia biologică cu un blocant TNFα este indicată după eşecul la cel puţin un medicament remisiv sintetic, în asociere cu metotrexat
D. Dacă primul agent biologic nu este eficace, se recomandă revenirea la tratamentul combinat cu medicamente remisive sintetice în combinaţie şi doze mai mari
E. Dacă pacientul prezintă o progresie radiologică rapidă, după eşecul primului remisiv sintetic se poate începe tratamentul cu un agent biologic

136. **Care dintre următoarele antiaritmice fac parte din clasa III:**
A. Sotalol
B. Amiodaronă
C. Tosilat de Bretiliu
D. Ibutilide
E. Moricizină

137. **Un pacient cu limfom Hodkin (LH) stadiul II BEX prezintă:**
A. Adenopatii laterocervicale, supraclaviculare şi mediastinale
B. Adenopatii laterocervicale, mediastinale şi inghinale
C. Febră, transpiraţii nocturne
D. Mase ganglionare de 13 cm şi un infiltrat pulmonar drept, contiguu la adenopatiile mediastinale
E. Un raport medistin/torace de 0,23

138. **Un pacient în vârstă de 76 de ani, diagnosticat cu pancreatită acută complicată, prezintă: PaO2/FiO2 380, creatinină serică 3,9 mg/dl, presiunea sistolică a sângelui 135 mmHg. Pentru o apreciere obiectivă, în dinamică, a evoluției pacientului se utilizează scorul Marshall modificat care evidențiază următoarele:**
A. Pacientul prezintă disfuncție cardio-vasculară
B. Pacientul prezintă un scor de 2 puncte a sistemului respirator
C. Pacientul prezintă disfuncție respiratorie
D. Pacientul prezintă disfuncție renală
E. Pacientul prezintă un scor de 0 puncte a sistemului cardio-vascular

139. **Tratamentul șocului cardiogen include**:
A. Dobutamina creşte debitul cardiac şi discret perfuzia renală
B. Dopamina la o doză de 3-5μ/kg/min are efect vasopresor
C. Cardiostimularea VVI temporară este necesară când apare un fenomen QT lung cu episoade recurente
D. Adrenalina se administrează în bolus de 1 mg în formele rezistente
E. Tolvaptanul se administrează oral şi creşte TA fără tahicardie reflexă

140. **Care dintre următorii parametrii sunt factori de prognostic negativ FLIPI, utilizaţi în aprecierea prognostica a LNH foliculare?**
A. Indicele de performanţă 2
B. Interesarea a 5 regiuni limfatice
C. LDH crescută
D. Stadiile Ann Arbor III-IV
E. Interesarea a 2 sedii extra-ganglionare

141. **Clasificarea radiologică a spondilitei anchilozante NU cuprinde:**
A. Gradul IV:dispariția spațiului articular cu anchiloza articulară
B. Gradul III: scleroză periarticulară cu diminuarea interliniului articular și zone de anchiloză
C. Gradul 0: suspiciune de sacroiliită
D. Gradul II: sacroiliită moderată, cu pseudolărgirea spațiului articular datorită eroziunilor
E. Gradul I: aspect mai încețoșat al articulației

142. **Afirmațiile ADEVĂRATE în legătură cu sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS) sunt:**
   A. Frecvența respiratorie mai mare de 20/min
   B. Hipotermie
   C. Hipertermie
   D. Leucocitoză mai mare de 20.000/mm^3
   E. Frecvență cardiacă mai mică de 90/min

143. **Limfomul limfocitic/Leucemia limfatică cronică este:**
   A. Un subtip de LH clasic
   B. LNH de linie B
   C. LNH de linie T/NK
   D. LNH agresiv
   E. LNH indolent

144. **Care sunt afirmațiile FALSE referitoare la investigațiile de laborator din cadrul peritonitelor?**
   A. Markerii inflamatori nespecifici: VSH, proteina C reactivă, sunt în mod uzual crescuți
   B. Ionograma evidențiază hiperpotasemie și hipercalcemie
   C. Funcția renală este normală (valori normale ale creatininei și ureei)
   D. Se poate întâlni hipercalcemia ca urmare a creșterii nivelului seric al parathormonului
   E. Probele de coagulare pot fi alterate marcând instalarea CID

145. **Tratamentul cardiomiopatiei hipertrofice obstructive include:**
   A. Ablația cu alcool a septului
   B. Propanolol
   C. Verapamil
   D. Disopiramida
   E. Digoxinul

146. **Trăsăturile de grup B al spondilitei anchilozante NU cuprind:**
   A. Psoriazis
   B. HLA-B27
   C. Colită ulcerativă
   D. Antecedente familiale de spondilită anchilozantă
   E. Artrită

147. **Selectați situațiile în care poate apărea peritonita secundară:**
   A. Ulcere gastrice sau duodenale
   B. Perforații uterine în cursul unor manevre diagnostice sau terapeutice
   C. Plăgi abdominale penetrante, cu sau fără interesare viscerală
   D. Colecții purulente de la nivelul unor viscere parenchimatoase intră sau retroperitoneale
   E. Prin diseminare hematogenă cu meningococ

148. **În trombocitemia esențială (TE) și în policitemia vera (PV):**
   A. Este prezentă trombocitoza și poliglobulia
   B. Fosfataza alcalină este scăzută sau absentă
   C. Deviere la stânga a formulei leucocitare
   D. Cromozomul Ph 1 este absent
   E. Janus-Kinaza (mutația JAK-2) este prezentă în 90% din cazurile de PV și în 60% din cazurile de TE

149. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la manifestările extraarticulare din spondilita anchilozantă NU sunt adevărate:**
   A. Afectările oculare includ sclerita și episclerita
   B. Afectarea cardiovasculară este reprezentată de miocardita inflamatorie
   C. Fibroza pulmonară afectează cel mai frecvent lobul superior
   D. Fracturile coloanei cervicale apar cel mai frecvent la nivelul C5-C6 și C6-C7 și pot determina paraplegii
   E. Manifestarea renală apare rar și este datorată nefropatiei IgA sau a amiloidozei secundare

150. **Care dintre următoarele afirmații NU caracterizează anomaliile osoase din cadrul TMO-BCR:**
   A. Osteomalacia: *turnover* osos scăzut, mineralizare normală, volum osos scăzut
   B. Osul adinamic: *turnover* osos scăzut, mineralizare scăzută, volum osos scăzut
   C. Osteitis fibrosa: *turnover* osos crescut, mineralizare crescută, volum osos crescut
   D. Leziuni mixte: *turnover* osos crescut, mineralizare anormală, volum osos scăzut
   E. Anomaliile cu *turnover osos* scăzut sunt osul adinamic, osteomalacia și leziunile mixte

151. **Referitor la imunosupresoarele utilizate în lupusul eritematos sistemic sunt ADEVĂRATE următoarele:**
   A. La un pacient cu nefrită proliferativă sau membranoasă se recomandă utilizarea ciclofosfamidei
   B. Metotrexatul este utilizat în afectarea musculoscheletală
   C. Ciclosporina este utilă în nefrita membranoasă
   D. Azatioprina permite reducerea dozelor de cortizon
   E. Mycophenolatul mofetil este util în nefrita lupică și este folosit doar în terapia de inducție a remisiunii

152. **Conform clasificării ocluziilor intestinale, următoarele afirmații sunt FALSE:**
   A. În funcție de existența suferinței vasculare, se clasifică în neischemiante și ischemiante
   B. Din punct de vedere topografic se clasifică în înalte (până la unghiul lui Treitz) și joase (ale colonului)
   C. Din punct de vedere evolutiv se clasifică în acute, subacute, cronice
   D. Clasificarea chirurgicală este circumstanțială și împarte ocluziile în primitive, care apar postoperator precoce și secundare, întâlnite la bolnavii neoperați
   E. Din punct de vedere etiopatogenic se împart în ocluzii dinamice și mecanice

153. **Complicațiile neuro-psihice din BCR sunt:**
   A. Delirul
   B. Poliradiculonevrita periferică uremică
   C. Paraliziile spastice
   D. Mononevrita multiplex
   E. Encefalopatia uremică

154. **Factorii prognostici clinici în LLC sunt, CU EXCEPȚIA:**
   A. Stadiul clinic
   B. Modelul de invazie tumorală la nivel medular
   C. Timpul de dublare a numărului de limfocite
   D. Examenul citogenetic
   E. Statusul mutant/nonmutant al genelor

155. **Următoarele afirmații referitoare la afectarea axială în artita psoriazică sunt ADEVĂRATE:**
   A. Apar sindesmofite marginale mari
   B. Sindesmofitele au un caracter simetric, bilateral și uniform
   C. Are tendință la anchiloză vertebrală cervicală
   D. Sunt prezente osificări paraspinale
   E. Sunt prezente sindesmofite paramarginale inserate la distanță

156. **Masa corporală în cazul edemelor modifică administrarea medicamentelor în BCR astfel:**
   A. Dacă edemele sunt generalizate se scade din masa corporală 20 de kg
   B. Dacă edemele sunt pretibiale se scade din masa corporală 15 kg
   C. Dacă sunt prezente revărsatele seroase se scad 20 de kg
   D. Dacă edemele sunt pretibiale se scade din masa corporală 10kg
   E. Dacă edemele sunt generalizate se scad 10-15 kg din masa corporală

157. **Răspunsul parțial terapeutic în LLC este evaluat astfel:**
   A. Scăderea cu cel puțin 50% a nodulilor limfatici, a splinei și ficatului
   B. Lipsa simptomelor generale
   C. Trombocite >100.000/mm^3 sau cu o creștere >50% de la valorile bazale
   D. Limfocite B circulante normale
   E. Hemoglobina mai mult de 2g/dl față de valorile bazale

158. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE referitoare la examenul local din cadrul ocluziilor intestinale?**
   A. La inspecție se observă distensia abdomenului cu atât mai voluminoasă cu cât ocluzia este mai înaltă
   B. Semnul peristaltismului provocat poate fi pozitiv
   C. Tușeul rectal poate arăta o ampulă rectală goală
   D. Percuția abdomenului declanșează unde peristaltice și zgomote de matitate
   E. Auscultația descoperă zgomote de filtrare la debutul crizei dureroase

159. **Terapia medicamentoasă antianginoasă din boala coronariană ischemică cronică include:**
   A. Beta-blocante
   B. Nitroglicerină sublingual
   C. Nitraţi cu acţiune prelungită
   D. Statine
   E. Nicorandil

160. **Stadializarea LLC după criteriile lui Binet recunoaşte următoarele stadii:**
   A. Stadiul A- limfocitoză, afectarea a mai puţin de 3 arii ganglionare
   B. Stadiul B- Afectarea a mai mult de 3 arii ganglionare + spleno-, hepatomegalie
   C. Stadiul C- Prezenţa anemiei şi/sau trombocitopeniei, independent de numărul zonelor ganglionare afectate
   D. Stadiul A – limfocitoză şi adenopatii
   E. Stadiul B- limfocitoză şi spleno- sau hepatomegalie

161. **Un pacient în vârstă de 62 de ani care se prezintă în urgență cu hemoragie digestivă superioară, fără comorbidități majore asociate, diagnosticat în urmă cu 2 ani cu ulcer gastric, prezintă la endoscopia în urgență sânge în tractul digestiv superior. Conform scorului de severitate Rockall, afirmațiile ADEVĂRATE despre pacient sunt următoarele:**
   A. Pacientul are un scor de 2 puncte
   B. Pacientul prezintă un scor de 3 puncte
   C. Pacientul poate evolua nefavorabil, necesitând profilaxia recidivei hemoragice
   D. Pacientul prezintă un scor de 4 puncte
   E. În lipsa intervenției terapeutice endoscopice, pacientul are un risc de resângerare de 50%

162. **Anticorpii monoclonali utilizați în terapia LLC sunt, CU EXCEPȚIA:**
   A. Rituximab
   B. Fludarabinab
   C. Alemtuzumab
   D. Lenalidomidab
   E. Ofatumumab

163. **Care din următorii sunt factori de prognostic negativ pentru hemoragiile din ulcerele gastro-duodenale?**
   A. Vârsta peste 50 de ani
   B. Șoc sau hipotensiune ortostatică
   C. Evidențierea de sânge proaspăt pe sonda nasogastrică
   D. Ulcer de bulb duodenal posterior
   E. Ulcer gastric înalt, pe marea curbură

164. **Care dintre următoarele afirmații referitoare la dinamica markerilor serici folosiți pentru diagnosticul STEMI sunt ADEVĂRATE:**
   A. Troponina I atinge valoarea maximă la 12-48 ore
   B. Troponina T atinge valoarea maximă la 24 ore

C. CK-MB se normalizează după 5-10 zile
D. CK-MB creşte la 3-12 ore
E. Troponina I se normalizează dupa 5-10 zile

165. **Care dintre următoarele sunt leziuni cutanate subacute specifice în lupusul eritematos sistemic:**
A. Leziunile policiclice
B. Livedo reticularis
C. Leziunile psoriaziforme
D. Lupus bulos
E. Lupus profundus

166. **Referitor la hemostaza endoscopică a ulcerelor sângerânde, următoarele afirmaţii sunt ADEVĂRATE:**
A. Se poate face cu dispozitive termice: sondă de contact sau fotocoagulare laser
B. Se poate face prin injectare de agenţi chimici
C. Se poate face prin aplicarea de cleiuri de fibrină care induc hemostaza si previn recidiva
D. Hemostaza endoscopică a ulcerelor sângerânde cu ajutorul dispozitivelor termice se foloseşte la vase cu diametru mai mare de 2mm diametru
E. Hemostaza endoscopică se poate obţine prin vagotomie tronculară

167. **Următoarele afirmaţii referitoare la anatomia funcţională a sistemului arterial cerebral sunt ADEVĂRATE:**
A. A.vertebrală stangă provine din porţiunea proximală a a. subclavie stângă
B. A.vertebrală dreaptă provine din porţiunea proximală a a. subclavie dreaptă
C. Au un traiect ascendent laterocervical şi pătrund la nivelul apofizei transverse a vertebrei C7 într-un canal osteofibros, până la vertebra C2
D. Trunchiul arterei bazilare, format prin unirea celor 2 artere vertebrale, asigură irigaţia tuturor structurilor encefalice din fosa cerebrală anterioară
E. Artele vertebrale şi a. bazilară formează sistemul arterial vertebro-bazilar

168. **Caracteristicile afectării articulare în poliartrita reumatoidă sunt:**
A. Simetria - prinderea unei articulaţii este urmată de afectarea articulaţiei simetrice într-un interval mai mic de 3 luni
B. Evolutivitate - afectarea articulară evoluează cronic spre eroziuni, deformări şi anchiloze
C. Aditivitate - o nouă articulaţie este afectată înainte ca afectarea celei precedente să fie ameliorată
D. Articulaţiile care au cel mai mic raport între suprafaţa sinovialei şi cea a cartilajului articular sunt principalele ţinte
E. Caracter centrifug - întâi sunt afectate articulaţiile centurilor şi apoi treptat cele din periferie

169. **Referitor la medicaţia anticoagulantă sunt ADEVĂRATE:**
A. Fondaparina are o biodisponibilitate înaltă
B. Enoxaparina necesită monitorizearea aPTT

C. Bivalirudina este alternativă la pacienţii care urmează o strategie invazivă precoce şi prezintă risc crescut de sângerare
D. HNF necesită menţinerea unui aPTT între 50-70 secunde
E. Rivoraxaban este un inhibitor direct al factorului Xa

170. **Care dintre următoarele sunt semne probabile de sarcină:**
A. Modificări ale sânilor
B. Percepția mișcărilor active fetale
C. Palparea fătului
D. Prezența mișcărilor active fetale
E. Contracțiile Braxton-Hicks

171. **Stadiul TNM din cancerul colorectal diferă în funcție de examenul efectuat astfel:**
A. TxNxMx: scor TNM după evaluarea clinică și imagistică
B. Us TxNxMx: scor TNM după eco-endoscopie (pentru cancer de rect)
C. P TxNxMx: scor TNM după examenul anatomopatologic al piesei de rezecție care a primit în prealabil tratament neoadjuvant
D. Yp TxNxMx: scor TNM după examenul anatomopatologic al piesei de rezecție care a primit în prealabil tratament neoadjuvant
E. Us TxNxMx: scor TNM după evaluarea clinică și imagistică

172. **Factorii implicaţi în întreţinerea şi progresia HTA sunt:**
A. Hiperinsulinismul
B. Obezitatea
C. Sindromul de apnee în somn
D. Hipertrigliceridemia
E. Consumul de alcool

173. **Partea posterioară a cercului arterial (poligonului) Willis NU este formată din:**
A. Capătul distal al arterei bazilare
B. Capătul proximal al arterei bazilare
C. Porţiunea proximală a aa. cerebrale posterioare
D. Porţiunea distală a aa. cerebrale posterioare
E. Aa. comunicante posterioare

174. **Tratamentul flutterului atrial include:**
A. Şoc electric extern cu 10-50 Joule în caz de instabilitate hemodinamică
B. Şoc electric extern cu 200 Joule în caz de instabilitate hemodinamică
C. Flecainide sau propafenona pot fi folosite în conversia medicamentoasă
D. Administrarea de Ibutilide trebuie precedată de un tratament cu digoxin pentru a preveni accelerarea nedorită a frecvenţei ventriculare
E. Ablaţia prin curenţi de radiofrecvenţă a istmului cavotricuspidian este singurul tratament curativ al aritmiei

175. **Anemia pernicioasă NU se asociază cu următoarele boli autoimune**:
   A. DZ tip II
   B. Vitiligo
   C. Miastenia gravis
   D. Hipogamaglobulinemie
   E. Hiperparatiroidism

176. **Care dintre următoarele afirmaţii cu privire la cancerul tiroidian anaplazic sunt FALSE:**
   A. Palparea cervicală relevă o gușă dură, polinodulară, cu adenopatie, imobilă cu deglutiția şi cu tegumente eritematoase
   B. Metastazarea este frecvent osoasă
   C. Adesea tireoglobulina are valori crescute
   D. Din punct de vedere clinic şi biochimic este caracterizat de hipotiroidism
   E. Speranța de viață din momentul diagnosticării este de 2-4 ani

177. **Focarul de auscultaţie maximă a bătăilor cordului fetal este situat:**
   A. În prezentație craniană pe linia spino-ombilicală la unirea 2/3 superioare cu 1/3 inferioară
   B. În prezentație pelviană de partea spatelui fetal, paraombilical
   C. În așezare transversă, bătăile cordului fetal se ascultă paraombilical pe linia mediană aproape de extremitatea cefalică a fătului
   D. În prezentație pelviană, de partea spatelui fetal , subombilical
   E. În sarcina gemelară decelăm 2 focare de ascultație distincte la o oarecare distanță unul de altul

178. **Afectarea subclinică a organelor ţintă din HTA NU include:**
   A. Infarctul de miocard
   B. Proteinuria peste 300mg/24 ore
   C. Retinopatia hipertensivă
   D. Velocitatea undei de puls carotido-femural peste 12m/sec
   E. Indicele gleznă-braţ sub 0.9

179. **Identificaţi variantele ADEVĂRATE referitoare la sindroamele corticale corespunzătoarele teritoriului a. carotide interne**
   A. Sd. de arteră coroidiană anterioară, pot să apară manifestări caracteristice clasicului „sindrom frontal"
   B. Sd. de arteră cerebrală anterioară, elementul clinic cel mai sugestiv este hemipareza contralaterală
   C. Sd. de artera cerebrală medie (silviană) totală, asociază pe lângă semnele corticale şi semne clinice generate de leziuni în teritoriul profund al arterelor lenticulostriate
   D. Sd. de arteră cerebrală medie (silviană)- r. corticale superioare, se prezintă clinic prin neglijarea spaţiului contralateral
   E. Sd. de artera cerebrală medie (silviană)- r. corticale inferioare, deficitul motor este de tip hemiplegie/hemipareză contralaterală

180. **Referitor la manifestările clinice din cancerul colorectal sunt FALSE următoarele:**
   A. Tulburările tranzitului intestinal pot fi diferite în funcție de sediul tumorii
   B. Debutul afecțiunii este lent, insidios
   C. Tenesmele semnifică prezența unei formațiuni localizate la nivelul colonului sigmoid
   D. Cel mai frecvent, tumora colo-rectală primară rămâne mută clinic, prezentându-se cu simptomatologie legată de existența leziunilor secundare
   E. Într-un procent mic de cazuri simptomatologia de debut poate fi dată de o complicație precum ocluzia intestinală sau perforația

181. **La ascultație în insuficiența aortică se observă:**
   A. Suflu holosistolic în focarul aortic cu iradiere pe carotide
   B. Suflu sistolic romboidal în focarul aortic cu iradiere pe carotide
   C. Uruitura diastolică Austin-Flint
   D. Fenomenul Gallvardin
   E. Zgomotul 3

182. **Măsurile terapeutice generale de urgență în cadrul AVC ischemic se referă la:**
   A. Monitorizarea intermitentă a statusului neurologic, TA şi saturației arteriale în oxigen pentru cel puțin 72 ore
   B. Craniectomie decompresivă largă în primele 48 ore de la debut, în cazul edemului cerebral malign şi a HT intercraniene
   C. Administrarea profilactică de anticonvulsivante, pentru prevenirea recurențelor lor
   D. Monitorizarea şi corectarea permanentă a echilibrului hidro-electrolitic la pacienții cu AVC severe şi/sau cu tulburări de deglutiție
   E. Administrarea heparinelor cu greutate moleculară mică la câteva zile de la debutul AVC

183. **Următoarele afirmații cu privire la tehnica amniocentezei sunt ADEVĂRATE:**
   A. Constă în introducerea unui ac de puncție la 1 cm în fața sondei
   B. Se practică de la săptămâna 18
   C. Se vor aspira maxim 10 mL de lichid amniotic
   D. Necesită anestezie locală a peretelui abdominal
   E. Necesită stabilirea ecografică a locului de puncție amniotică

184. **Care sunt operațiile radicale complexe din cadrul cancerului gastric?**
   A. Gastro-pancreatectomia
   B. Gastrectomia radicală totală
   C. Gastrectomia asociată cu excizia lobului stâng hepatic
   D. Rezecția paliativă
   E. Gastrectomia asociată cu excizia unei porțiuni de diafragm

185. **Cele mai rare localizări ale anevrismelor intracraniene sunt:**
   A. A. coroidiana anterioară
   B. Aa. cerebeloase

C. A. pericaloasă
D. A. cerebrală medie
E. Porţiunea intracavernoasă a sifonului carotidian

186. **Care sunt afirmaţiile FALSE referitoare la stadializarea AJCC a cancerului gastric?**
A. Stadiul 2 cuprinde: T1N2M0, T2a/bN1M0, T3N1M0
B. Stadiul 1a reprezintă T1N1M0
C. Stadiul 3b reprezintă T3N2M0
D. Stadiul 4 cuprinde orice T, orice N, M1
E. Stadiul 0 este reprezentat de TisN0M0

187. **Criteriile de diagnostic pentru SIADH sunt:**
A. Hipernatremie cu hipoosmolaritate
B. Eliminarea permanentă de sodiu (proporţională cu ingestia)
C. Absenţa hiponatremiei şi a hipoosmolarităţii după restricţia de apă
D. Hiperosmolaritate urinară în raport cu plasma
E. Hiponatremie cu hiperosmolaritate

188. **Care dintre următoarele NU sunt tumori ovariene mezoteliale primar stromale:**
A. Tumori Brenner
B. Chistul endometrioid
C. Tumora cu celule Sertoli-Leydig
D. Teratomul
E. Tumora cu celule granuloase

189. **Care sunt imaginile radiologice sugestive pentru cancerul mamar?**
A. Opacitate densă, omogenă
B. Microcalcificări care fie însoţesc o opacitate, fie sunt singura modificare
C. Îngroşarea şi edemul tegumentului pot fi evidenţiate radiologic înainte de a avea expresie clinică
D. Opacitate cu margini regulate şi contur precis
E. Retracţia tegumentului este caracteristică formelor benigne

190. **Tratamentul hipopotasemiei include:**
A. În hipopotasemiile uşoare se recomandă dietă bogată în K^+
B. Corecţia devine obligatorie la o scădere a K^+ sub 4 mmol/l
C. La pacientul cu hipokalemie-hipocloremie administrarea de KCl este de elecţie
D. Viteza maximă de administrare a K^+ i.v este de 40mEq/oră
E. Doza uzuală de K^+ pe zi este 50-100mEq/zi

191. **Următoarele afirmaţii cu privire la utilizarea agoniştilor de GnRh în leiomiomatoza uterină sunt ADEVĂRATE:**
A. La 1 lună de la iniţierea tratamentului apare o reducere semnificativă a dimensiunilor uterine
B. Întreruperea tratamentului duce frecvent la fenomene de recădere

C. Tratamentul se poate prelungi până la 24 de luni
D. Datorită fenomenului de hipoestrogenism durata tratamentului este limitată
E. La 3 luni de la inițierea tratamentului marea majoritate a femeilor devin amenoreice

192. **Simptomele bradiaritmiilor sunt:**
A. Palpitații
B. Reducerea capacității de efort
C. Tulburări cognitive
D. Sincopa
E. Cel mai zgomotos simptom este dispneea

193. **Referitor la infecțiile genitale joase sunt ADEVĂRATE:**
A. Cea mai frecventă cauză de leucoree în perioada fertilă este *Gardenerella vaginalis*
B. La o pacientă cu secreție vaginală cu miros de pește agentul etiologic incriminat cel mai frecvent este *Neisserie gonorrhoeae*
C. Tratamentul standard în infecția cu *Trichomonas vaginalis* este clindamicină de 2 ori pe zi timp de 7 zile
D. VDRL este un test specific pentru diagnosticul de sifilis
E. În vaginoza bacteriană pH-ul secreției vaginale este alcalin

194. **Care sunt metodele de recoltare a materialului bioptic în cancerul mamar?**
A. Amprentă din tumorile mamare ulcerate
B. Puncție aspirativă cu ac subțire care conferă diagnosticul histopatologic și imunohistochimic
C. Biopsia excizională – excizia unui fragment de tumoră
D. Puncție biopsie
E. Raclaj din tumorile mamare ulcerate

195. **Severitatea insuficienței mitrale se stabilește utilizând următorii parametri ecocardiografici:**
A. Aria orificiului mitral
B. Aria jetului de regurgitare la vena contracta
C. Volumul regurgitat
D. Fracția de regurgitare
E. Gradientul transvalvular

196. **Care sunt afirmațiile FALSE referitoare la modalitatea de producere a contuziilor abdominale?**
A. Se produc prin decelerație
B. Se produc prin împușcare
C. Se produc prin percuție
D. Se produc prin compresiune
E. Se produc prin înjunghiere

197. **Referitor la leziunile viscerale din cadrul traumatismelor abdominale sunt ADEVĂRATE următoarele afirmații:**
   A. Se pot manifesta prin sindromul de iritație peritoneală
   B. Se pot manifesta prin șoc traumatic
   C. Se pot manifesta prin hemoragie internă
   D. Șocul traumatic este caracterizat prin lipsa mișcărilor respiratorii a abdomenului cu prezența contracturii musculare
   E. Poate apărea hemoragia în doi timpi prin detașarea escarelor din peretele viscerelor cavitare

198. **Care dintre următoarele sunt contraindicații pentru digoxin:**
   A. Boala de nodul sinusal
   B. Sindromul de preexcitație
   C. Blocul AV de grad 2
   D. Blocul AV de grad 3
   E. Hipotensiunea arterială

199. **Care sunt afirmațiile ADEVĂRATE cu privire la pneumotoracele sufocant?**
   A. Apare în leziuni minore pleuro-pulmonare, cu interesarea unor bronșii mai mari care se închid spontan
   B. Se produce o acumulare progresivă de aer în cavitatea pleurală în timpul inspirației
   C. Pacientul este cianotic, agitat
   D. Pacientul prezintă dispnee cu polipnee
   E. Puncția pleurală se face în spațiul 4 intercostal pe linia medioclaviculară

200. **Referitor la insuficiența tricuspidiană următoarele sunt ADEVĂRATE:**
   A. Cea mai frecventă cauză este cea primară, prin afectarea valvei tricuspide
   B. Tratamentul chirurgical este recomandat pacienților cu insuficiență tricuspidiană severă simptomatică
   C. La pacienții la care se efectuează înlocuire valvulară pe cordul stâng trebuie luată în considerare chirurgia valvei tricuspide dacă există regurgitare moderată
   D. Înlocuirea valvei se face preferențial cu proteză tisulară
   E. La ECG se evidențiază: P pulmonar, BRD minor sau major și deviație axială dreaptă

Punctaj:_____/950

RĂSPUNSURI:

1.Pneumologie

1. B
2. C
3. D
4. E
5. E
6. E
7. D
8. D
9. E
10. A
11. D
12. E
13. D
14. C
15. C
16. D
17. B
18. A
19. C
20. C
21. E
22. D
23. D
24. E
25. C
26. D
27. D
28. E
29. C
30. E
31. D
32. C
33. A
34. A
35. D
36. B D E
37. A B
38. B C
39. B D
40. B E
41. A B C E
42. B C D E
43. C D
44. B C
45. A B D E
46. C D
47. A C E
48. A D E
49. A B E
50. C D
51. B C D
52. B D E
53. B C E
54. C D E
55. B D E
56. A B D
57. A C D
58. B D E
59. B C D E
60. C D E
61. A B E
62. C D
63. B D
64. A C
65. A C E
66. A C
67. B E
68. D E
69. B D
70. A C E
71. B C D E
72. B C
73. A D
74. B D E
75. B D E
76. B D
77. A C E
78. C E
79. B D E
80. B D E
81. B D E
82. B C D E
83. A B
84. B D
85. A B E
86. B C E
87. B C E
88. B D
89. B D E
90. B C
91. A C E
92. A C E
93. B D E
94. B D
95. A D
96. A C D
97. B D E
98. B D
99. B D E
100. B E
101. B D
102. A C E
103. B D
104. A B D
105. A B D E
106. B D E
107. A B D
108. B C E
109. C E
110. A C E
111. A C E
112. B D E
113. A D
114. A C D
115. A C

116. C E
117. A C
118. B D E
119. A E
120. A B D E
121. A C E
122. A C E
123. B C E
124. A C E
125. A B E
126. A C
127. A D
128. A B
129. B CE
130. A C
131. B D E
132. B D E
133. B E
134. A C E
135. A C
136. B E
137. B D
138. A D
139. B C E
140. A D E

2. Cardiologie

1. C
2. A
3. A
4. B
5. D
6. A
7. A
8. C
9. C
10. A
11. E
12. D
13. B
14. C
15. D
16. E
17. D
18. B
19. A
20. D
21. D
22. D
23. C
24. C
25. A
26. D
27. D
28. A
29. A
30. B
31. E
32. B
33. E
34. B
35. A
36. A
37. E
38. A
39. B
40. B
41. D
42. D
43. A
44. D
45. E
46. A
47. E
48. E
49. D
50. C
51. B E
52. B C E
53. B C D
54. C D E
55. A B D E
56. B C D
57. C E
58. A D E
59. C D
60. A B E
61. A B C D
62. D E
63. B E
64. B D E
65. A D E
66. A B C
67. B C D
68. B C E
69. A B E
70. A B D E
71. C D E
72. A B C E
73. A D E
74. A C D E
75. A D
76. A B C D
77. A B D
78. A D
79. B C D E
80. A E
81. B E
82. A C D E
83. A B E
84. A B C
85. A C D
86. A B C
87. A D
88. A B D E
89. C D
90. B D E
91. C E
92. A D E
93. D E
94. A D
95. B C D

96. A B D
97. A B C D
98. B C E
99. B D
100. A B C D
101. AD
102. A D
103. A B D E
104. A B C D
105. A B D E
106. A B E
107. A C
108. D E
109. A D
110. A B D E
111. C D
112. A E
113. B D E
114. C D
115. A D
116. B D E
117. A C E
118. B D
119. A D
120. A B C D
121. A C E
122. A C D
123. A C E
124. C D E
125. B C D
126. A C D
127. B C E
128. A D E
129. A B C E
130. A C
131. A C D
132. B D
133. D E
134. A B C
135. A D
136. C D
137. A B E
138. A D E
139. A C D E
140. A B C
141. B C
142. A B C
143. A B C D
144. B C D
145. A B C E
146. A B D
147. A B C
148. A C D E
149. B E
150. C D E
151. A E
152. A B D
153. A B C E
154. BC D
155. AB D E
156. AC D E
157. B D E
158. B C
159. A B D
160. A C D
161. A B C E
162. D E
163. A E
164. B C D
165. A D
166. A B
167. A E
168. A B E
169. D E
170. A B D E
171. C D
172. A B C D
173. C D E
174. C D
175. A B E
176. A C E
177. AC D
178. A B C
179. A B C D
180. B D
181. A B D
182. A B
183. A B D
184. A E
185. B C D E
186. A D E
187. A B D
188. B C
189. A D
190. A C D
191. B C D E
192. D E
193. A B D
194. D E
195. A B C
196. B C E
197. B C D E
198. B D
199. B E
200. C E

3.Gastroenterologie

1. D
2. E
3. E
4. E
5. D
6. A
7. E
8. C
9. E
10. E
11. C
12. D
13. C
14. C
15. D
16. E
17. D
18. B
19. C
20. C
21. E
22. C
23. C

24. D
25. E
26. B
27. A B D
28. A B E
29. A C
30. B C E
31. A C D E
32. A B
33. B C E
34. C D
35. A D
36. A B D E
37. C E
38. A B C
39. A B E
40. A C E
41. B C E
42. A B D
43. A B C
44. B C
45. A B C E
46. A E
47. C D
48. A B C
49. A B E
50. B C D
51. D E
52. C D
53. A C
54. A B D
55. A B C
56. A D
57. B C
58. A C
59. A B E
60. B C D
61. A B E
62. B C D
63. C D
64. A C D
65. B C D E
66. C E
67. A B C
68. A B D E
69. C D E
70. A C E
71. B D E
72. B D
73. A B D
74. A B C D
75. A D E
76. A B C
77. A B C E
78. B D
79. B C D
80. A C
81. A C D E
82. C D
83. A C D E
84. C D
85. D E
86. A B E
87. A B E
88. A B C
89. C E
90. B E
91. A C E
92. A B C
93. C D
94. A B C E
95. B D
96. A D
97. C D
98. A B E
99. C D
100. A C D E
101. B D
102. A B E
103. A C E
104. A C E

4.Diabet zaharat

1. B
2. B
3. D
4. E
5. C
6. C
7. A
8. C E
9. A B D
10. D E
11. C D
12. A B E
13. A C D E
14. B C
15. A C D
16. B D E
17. A B C E
18. B C
19. A B E
20. B E
21. A B
22. B D
23. A B E
24. A B C E
25. C D
26. A B C E
27. B C D
28. C D

5.Hematologie-oncologie

1. D
2. E
3. C
4. D
5. D
6. B
7. C
8. D
9. E
10. E
11. D
12. B
13. B
14. C
15. D
16. C
17. B
18. D
19. E
20. D
21. C
22. A
23. B
24. D
25. C
26. D E
27. A B D
28. C D E
29. B C D E
30. B C D
31. B C
32. A E
33. A B D
34. A D E
35. A C D E
36. A D
37. A E
38. B C E
39. D E
40. A B C D
41. A B C
42. A D E
43. B C D
44. A B C D
45. A C D
46. A B E
47. D E
48. A B C E
49. B D
50. A B D
51. A C D E
52. A B E
53. B C E
54. B C
55. C D E
56. B C D E
57. A D
58. B E
59. A B C
60. A D E
61. C D
62. A B C
63. A B C E
64. A C E
65. B D
66. A D E
67. A B C D
68. C D E
69. A B D E
70. B C D
71. A B E
72. D E
73. B C D E
74. A C E
75. A D
76. A C D
77. B C D
78. A C
79. A B D E
80. A B D
81. B C D
82. C D
83. C E
84. A B D E
85. A C E
86. A C D
87. B D
88. B C D
89. A C D E
90. A C
91. B E
92. A B C
93. C D E
94. C D
95. A B D E
96. A B C D
97. A D
98. A B D
99. A E
100. B C D E

6.Endocrinologie

1. B
2. C
3. B
4. B
5. E
6. C
7. D
8. B
9. D
10. B
11. B E
12. A B C
13. A C
14. A D
15. A C
16. B D E
17. A C D
18. B C D
19. A B C E
20. A E
21. C E
22. A D
23. B D
24. B C E
25. B D
26. B D

27.B D
28.C D
29.A D E
30.B E
31.B D E
32.B C D
33.B D E
34.A B E
35.B D
36.C D
37.A D
38.A C D
39.A B C E
40.A C E

7.Infectioase

1. D
2. D
3. E
4. C
5. B
6. C
7. B
8. A D
9. B C D
10. A B E
11. B D
12. A C D
13. B E
14. A C D E
15. B C E
16. A C D E
17. B E
18. C D E
19. A D
20. A D E
21. A C D
22. A C D E
23. A C D
24. D E
25. B C D
26. A B E
27. A B D
28. B D

8.Nefrologie

1. D
2. C
3. C
4. D
5. E
6. E
7. D
8. E
9. B
10. C
11. E
12. A
13. E
14. D
15. D
16. A
17. C
18. D
19. D
20. B
21. A
22. C
23. D
24. C
25. E
26. E
27. A
28. B
29. E
30. C
31. C
32. A
33. A
34. D
35. C
36. A D
37. B E
38. B C D E
39. A B C D
40. A C D E
41. A D E
42. A C E
43. A C D
44. A B C E
45. A B D E
46. D E
47. C D E
48. A B C
49. C E
50. A B C D
51. C D E
52. A B C D
53. D E
54. A B E
55. B D
56. A B
57. A B
58. A B C E
59. B D
60. C D E
61. A B C
62. B C D E
63. B D E
64. A C
65. B C D E
66. B D E
67. B E
68. C D
69. A D E
70. A B D E
71. B C D E
72. A C
73. A B D
74. D E
75. A B C D
76. A B C
77. A B E
78. A D E
79. A B C

80. A B C D
81. A C
82. A B D
83. A B E
84. A E
85. A B
86. A B C D
87. A D E
88. A C E
89. B E
90. A B C
91. B C D E
92. A B C E
93. A B C D
94. A B C D
95. A C D E
96. B C D E
97. A B C E
98. A B
99. A E
100. A B D
101. A C E
102. B C D E
103. C D
104. B C
105. B D E
106. A C D E
107. B D E
108. D E
109. A D E
110. A D E
111. A B C D
112. A B
113. A B C
114. A B C E
115. A B C D
116. B D E
117. B C D
118. A B E
119. C D
120. A B D E
121. A E
122. A B D
123. A E
124. A C D
125. A B E
126. C D E
127. A D E
128. A D E
129. A E
130. A D
131. A B C
132. A B C
133. A B D E
134. B C D E
135. A B D E
136. A B E
137. A C
138. B D E
139. B C
140. A B E

9.Pediatrie

1. C
2. E
3. A
4. D
5. E
6. C
7. D
8. E
9. D
10. C
11. B
12. E
13. C
14. D
15. C
16. B
17. D
18. D
19. D
20. D
21. C
22. B
23. D
24. E
25. A
26. A B D E
27. B D E
28. C D
29. A B
30. A B C D
31. B D
32. C D E
33. C D
34. A D E
35. B C D
36. A C E
37. A B C E
38. A D
39. C D
40. C D E
41. B C
42. A B C D
43. A B C
44. A C E
45. D E
46. B D E
47. B C
48. A C D
49. A E
50. C D
51. A B D E
52. C E
53. A B D
54. A B C
55. C D E
56. A C D E
57. A B
58. C E
59. A B C D
60. A E

61. A B C
62. B E
63. A C D
64. A B D
65. B C D
66. C E
67. A C E
68. B D E
69. B E
70. A D
71. A B C E
72. A D
73. A B D E
74. A C E
75. A C D
76. C D
77. A B C E
78. B C D
79. A D E
80. B E
81. A C E
82. B E
83. A B D
84. B D E
85. C D
86. A B C D
87. A B C
88. D E
89. A B D
90. B C D E
91. C E
92. C D
93. A B E
94. A C
95. B D
96. C D
97. A B E
98. A C D
99. B C D
100. A C

10.Neurologie

1. D
2. B
3. E
4. C
5. E
6. D
7. C
8. E
9. C
10. E
11. A
12. C D E
13. D E
14. A C
15. A C D
16. A B C E
17. A C D E
18. D E
19. A C D E
20. A C E
21. D E
22. C D E
23. A B C D
24. A B C D
25. C E
26. B C
27. B D
28. B C
29. A D
30. C D E
31. A B D E
32. A E
33. B D
34. C D
35. A C E
36. C D E
37. A B D
38. A C D E
39. D E
40. A B D E
41. A C D
42. B D E
43. C E
44. A B C

11.Reumatologie

1. D
2. C
3. C
4. D
5. C
6. E
7. C
8. A
9. D
10. E
11. D
12. C
13. C
14. B
15. D
16. D
17. B
18. C
19. D
20. D
21. A C
22. B D
23. C E
24. B D
25. B D
26. A C D E
27. C D E
28. A D E
29. B D E
30. B C E
31. B D
32. A B
33. B C
34. B D
35. A B E
36. A D E
37. A B E

38. D E
39. A B
40. B D
41. B D E
42. A B D E
43. A C E
44. C E
45. A C
46. C E
47. A C D
48. A B D E
49. A C D E
50. A B D
51. B E
52. B E
53. B D E
54. A D
55. A B D E
56. A E
57. B D
58. A C D E
59. A C D
60. C E
61. A C E
62. D E
63. C D E
64. B D
65. C D E
66. A C D
67. A C
68. B E
69. B C
70. A C E
71. B D E
72. B C
73. A D
74. A C
75. A D E
76. A C E
77. A E
78. A C
79. B C
80. A C D

12.Chirurgie generală

1. D
2. C
3. D
4. C
5. D
6. E
7. C
8. B
9. A
10. C
11. D
12. E
13. D
14. D
15. C
16. C
17. D
18. B
19. B
20. E
21. E
22. B
23. D
24. D
25. B
26. B
27. C
28. B
29. E
30. E
31. B
32. D
33. D
34. E
35. C
36. D
37. C
38. C
39. C
40. E
41. D
42. E
43. E
44. C
45. A
46. E
47. B
48. B
49. D
50. E
51. A E
52. A B D
53. B C
54. A D
55. A C E
56. B C D
57. C E
58. A C E
59. A B E
60. A C D
61. A B E
62. A B C
63. A B C E
64. A B C
65. A B E
66. B C E
67. A B C
68. A B C E
69. B C E
70. D E
71. A B D
72. A B D E
73. A B D
74. A C E
75. A D E
76. A B C
77. A B C D
78. B C E
79. A D E
80. B E
81. B C
82. A D E
83. C D E

84. A B
85. B C D
86. A B C
87. C D
88. C D
89. A B C
90. B C D E
91. B D E
92. B D
93. A B C
94. C D E
95. A E
96. A B D E
97. B D E
98. A B C
99. A B D E
100. A C D
101. A B C
102. A B C D
103. C D
104. C D E
105. A B C
106. A B
107. A B E
108. A B D E
109. C E
110. B C D
111. A B C
112. A B C
113. B C
114. A C D E
115. C D E
116. A B C
117. B C
118. C D
119. A C
120. C E
121. A B C
122. A B
123. A B E
124. B D
125. A B D E
126. C E
127. A B C
128. B C D E
129. C E
130. B D E
131. A B D
132. A B C D
133. A B
134. A B C
135. A B D E
136. A B C
137. B C E
138. B D E
139. B C
140. A D E
141. A B C
142. B C D
143. A B D E
144. A C D E
145. A B D
146. B C D E
147. A C E
148. B C E
149. A D
150. C D E
151. A C D
152. A B E
153. A C D
154. C D E
155. A C D E
156. A D E
157. A D
158. A B C D
159. B C D
160. B C D
161. A B C
162. A B
163. B C
164. A B C E
165. A B C
166. A B E
167. B C E
168. C E
169. A B C
170. A C E
171. A B C D
172. A B D E
173. B C E
174. A BD
175. B C E
176. C E
177. A B D E
178. C D E
179. A B C D
180. B C D
181. A B C
182. A B E
183. A B C D
184. A C D
185. B C D
186. A B C
187. A C D E
188. B C E
189. A B C
190. B D
191. A B C
192. C D E
193. B D E
194. A B C D
195. A B E
196. A B C D
197. A B E
198. B C E
199. A C
200. A B E

13.Urologie

1. B
2. C
3. C
4. E
5. A
6. A B E
7. A D
8. A B D
9. A B C D
10. A B C
11. B E
12. A B E
13. C D

14. A B E
15. A C
16. A C D
17. A C E
18. A D
19. A D E
20. B C D

14.Ortopedie

1. C
2. D
3. C
4. C
5. A
6. C
7. D
8. A
9. A D E
10. A B E
11. A B C D
12. A D E
13. D E
14. A B C
15. A B D E
16. A B D
17. B D
18. B C D
19. A B C E
20. D E
21. B C E
22. A C D E
23. A B E
24. A B C
25. B D E
26. A B D E
27. C E
28. B D E
29. C D
30. A C D E
31. A B E
32. B D

15. Obstetrică-Ginecologie

1. D
2. B
3. D
4. A
5. C
6. B
7. B
8. C
9. B
10. B
11. D
12. A B C E
13. B C
14. B D
15. B D
16. A C D
17. D E
18. A C E
19. B C D
20. A D E
21. B D E
22. A C
23. C E
24. B C E
25. C E
26. B C D
27. B C
28. B D
29. B D
30. C D E
31. A B D
32. A C D
33. B D
34. A E
35. C E
36. A C
37. B D
38. A C E
39. A D E
40. A B
41. A C E
42. A C
43. B C
44. B D E

Variantă Simulare

1. B
2. A
3. A
4. E
5. A
6. C
7. E
8. C
9. B
10. D
11. B
12. B
13. D
14. D
15. D
16. D
17. E
18. D
19. E
20. E
21. E
22. A
23. D
24. D
25. B
26. C
27. B
28. C
29. E
30. B
31. D
32. D
33. D

34. C
35. A
36. E
37. E
38. E
39. B
40. D
41. B
42. C
43. B
44. A
45. D
46. D
47. E
48. C
49. D
50. E
51. A D E
52. B C E
53. A E
54. A B E
55. A B C E
56. A C D
57. AC D
58. B D E
59. A D
60. B D
61. A B C E
62. B C D
63. B C
64. D E
65. A C E
66. C E
67. B E
68. A C D E
69. A B E
70. A B C
71. B C
72. B C E
73. A B
74. D E
75. C E
76. C E
77. A D
78. D E
79. A B D E
80. B D E
81. A B E
82. A C E
83. A B E
84. D E
85. B C
86. B D
87. B D E
88. B D
89. A C E
90. AB D E
91. A B D
92. A B E
93. A E
94. B C E
95. A B C D
96. B D
97. A C E
98. B C D
99. A B D E
100. A B C E
101. A B E
102. B D
103. A D E
104. B C
105. B D E
106. A B C D
107. C D
108. A B C E
109. A C D
110. A B C
111. A E
112. B C
113. B C D
114. B C D
115. D E
116. C D
117. D E
118. A C
119. A C E
120. C E
121. A B D
122. A B D E
123. A E
124. B D E
125. A D
126. A D
127. C D E
128. C E
129. B E
130. A E
131. B C D
132. A C
133. B C E
134. B C
135. A C E
136. A B C D
137. A C D
138. D E
139. A C E
140. B C D
141. B C D
142. A B C
143. B E
144. B C D
145. A B C D
146. A B C
147. A B C D
148. A D E
149. A B
150. A B C E
151. A BC D
152. B D
153. A E
154. D E
155. C D E
156. C E

157. A C E
158. B C E
159. A B C E
160. A B C
161. C D E
162. B D
163. B C D
164. D E
165. A C
166. A B C
167. A B E
168. A B C
169. A C D E
170. C E
171. A B D
172. A B C E
173. B D
174. A C E
175. A E
176. B D E
177. B C E
178. A B C
179. B C
180. C D
181. C E
182. A D E
183. D E
184. A C E
185. A B C
186. A B
187. B C D
188. B D
189. B C
190. A C D E
191. B D E
192. A B C D
193. A E
194. A D E
195. B C D
196. B E
197. A B C
198. A B C D
199. B C D
200. B C D E